

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación



TESIS DOCTORAL

Tabaquismo y motivación para dejar de fumar en el área de Salud Mental del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Mónica Quesada Laborda

Directores

**Antonio Cano Vindel
Juan Jesús Muñoz García**

Madrid, 2016

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS DOCTORAL

**Tabaquismo y motivación para dejar de fumar en el área de Salud
Mental del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR:

Mónica Quesada Laborda

Bajo la dirección de los doctores:

Antonio Cano Vindel

Juan Jesús Muñoz García

Agradecimientos

A David y Vicente.
Por el tiempo robado.

En ocasiones la vida nos da una segunda oportunidad para poder alcanzar metas que teníamos olvidadas, este proyecto es un ejemplo de ello. Han sido muchas las personas que, de un modo u otro, han hecho posible que finalmente haya podido llevarse a cabo. A todas ellas va mi más sincero agradecimiento.

A mis directores de tesis. A Antonio Cano por volver a confiar en mí después de muchos años y a Juan Jesús Muñoz por animarme a retomar la ilusión de ser doctora.

A Pepe Carreras, de quien aprendí tantas cosas, no sólo relacionadas con el tabaquismo sino también, y mucho más importante, en lo referido a cómo ser un buen profesional. Este trabajo es en parte tuyo. Gracias por enseñarme y gracias por seguir ahí.

A la dirección del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos por permitirme llevar a cabo la investigación. Igualmente dar las gracias a todo los profesionales que allí trabajan por haberme facilitado tanto el trabajo, en especial a los coordinadores de las unidades, personal de enfermería, trabajadoras sociales y terapeutas ocupacionales sin los cuales la recogida de datos hubiera sido imposible. También a las psicólogas y psiquiatras por recibirme en todo momento y, sobre todo y con mucho cariño, a Noelia por escucharme cuando más lo necesitaba.

A mis compañeros de residencia por apoyarme y animarme durante todo el proyecto, especialmente a Franziska a quien además tengo que agradecer el diseño. Gracias de verdad.

A mis amigos por estar siempre. A mis amigas de toda la vida por seguir siendo las mismas a pesar de los años y la distancia. A mis "logios" con los que siempre puedo contar, en especial a Jose y a Laura, muchas gracias por la solidaridad entre doctores. Y a Toni, porque permanezca siempre el espíritu New Orleans y por ayudarme tanto, nunca sabré cómo agradeceréte.

A mi familia, a mis padres y mis hermanas por ser incondicionales, qué suerte tengo de teneros. A mi hijo David por ser la mayor alegría de mi vida y a mi marido Vicente, por quererme, por estar siempre a mi lado y porque gracias a ti yo soy una persona mejor.

Finalmente dar las gracias a todas las personas ingresadas en el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos que participaron en el estudio. Esta investigación va dedicada a todos ellos, con la esperanza de contribuir en alguna medida a proporcionarles un futuro mejor.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. RESUMEN Y ABSTRACT	15
1.1. RESUMEN.....	15
1.1.1. <i>Objetivos</i>	15
1.1.2. <i>Metodología</i>	16
1.1.3. <i>Resultados</i>	16
1.1.4. <i>Conclusiones</i>	18
1.2. ABSTRACT	18
1.2.1. <i>Objectives</i>	19
1.2.2. <i>Methodology</i>	19
1.2.3. <i>Results</i>	20
1.2.4. <i>Conclusions</i>	21
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	23

I. PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS TEÓRICOS

3. INTRODUCCIÓN	25
4. ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS.....	27
4.1. ASPECTOS HISTÓRICOS Y DESCRIPCIÓN.....	27
4.2. CENTRO SAN JUAN DE DIOS DE CIEMPOZUELOS	28
4.2.1. <i>Descripción del centro</i>	28
4.2.2. <i>Área de Salud Mental: Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados</i>	29
4.2.3. <i>Política de control del tabaquismo</i>	30
5. TABAQUISMO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL.....	31
5.1. TABAQUISMO Y DEPENDENCIA	31
5.1.1. <i>Estudios iniciales</i>	31
5.1.2. <i>Conceptos básicos</i>	32
5.1.2.1. <i>Droga</i>	32
5.1.2.2. <i>Nicotina</i>	34
5.1.2.3. <i>Dependencia</i>	36
5.1.2.4. <i>Tolerancia</i>	38
5.1.2.5. <i>Intoxicación</i>	39
5.1.2.6. <i>Síndrome de abstinencia</i>	39
5.1.3. <i>Factores biológicos relacionados con la dependencia al tabaco</i>	40
5.1.4. <i>Factores psicológicos relacionados con la dependencia al tabaco</i>	42
5.2. TABAQUISMO COMO TRASTORNO MENTAL: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	45
5.2.1. <i>Criterios diagnósticos del DSM-5</i>	45
5.2.2. <i>Criterios diagnósticos del CIE-10</i>	48
5.3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	50
5.3.1. <i>Prevalencia de consumo según tipo de trastorno mental</i>	50
5.3.2. <i>Prevalencia de consumo por edad y sexo</i>	53
5.3.3. <i>Datos de consumo y dependencia</i>	56
5.4. MORBIMORTALIDAD POR CONSUMO DE TABACO EN PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES.....	59
5.5. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA COMORBILIDAD ENTRE EL TABAQUISMO Y LOS TRASTORNOS MENTALES	63
5.5.1. <i>Hipótesis de la automedicación</i>	63
5.5.2. <i>Hipótesis neuroquímica</i>	64
5.5.3. <i>Hipótesis de la vulnerabilidad común</i>	66

5.6. TABAQUISMO EN TRASTORNOS MENTALES ESPECÍFICOS	68
5.6.1. <i>Trastornos de ansiedad</i>	68
5.6.2. <i>Trastornos del estado de ánimo</i>	72
5.6.2.1. <i>Depresión</i>	73
5.6.2.2. <i>Trastorno Bipolar</i>	77
5.6.3. <i>Esquizofrenia</i>	79
5.6.4. <i>Trastornos de Personalidad</i>	84
5.6.5. <i>Trastornos por consumo de sustancias</i>	86
5.7. TABAQUISMO EN CENTROS PSIQUIÁTRICOS	91
5.8. CESACIÓN TABÁQUICA EN PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES	96
5.8.1. <i>Tratamientos eficaces para dejar de fumar</i>	96
5.8.2. <i>Tratamientos eficaces para dejar de fumar en personas con trastornos mentales</i>	97
5.8.3. <i>Barreras para la cesación tabáquica en personas con trastornos mentales</i>	104
6. MOTIVACIÓN Y DESHABITUACIÓN TABÁQUICA	107
6.1. CONCEPTO DE MOTIVACIÓN	107
6.2. MODELOS MOTIVACIONALES	111
6.2.1. <i>Modelo Transteórico del Cambio</i>	111
6.2.1.1. <i>Estadios de cambio</i>	112
6.2.1.2. <i>Procesos de cambio</i>	116
6.2.1.3. <i>Niveles de cambio</i>	118
6.2.1.4. <i>Aplicabilidad al proceso de deshabituación tabáquica</i>	119
6.2.1.5. <i>Críticas al modelo</i>	121
6.2.2. <i>Modelo del Balance Decisional</i>	124
6.2.3. <i>Teoría PRIME</i>	126
6.2.3.1. <i>Subsistemas motivacionales</i>	126
6.2.3.2. <i>Implicaciones en la cesación tabáquica</i>	129
6.3. MOTIVACIÓN Y DESHABITUACIÓN TABÁQUICA	132
6.3.1. <i>Influencia de los factores motivacionales en la cesación tabáquica</i>	132
6.3.2. <i>Estrategias de intervención que fomentan la motivación para dejar de fumar</i>	135
6.3.3. <i>Motivación y deshabituación tabáquica en personas con trastornos mentales</i>	140
6.3.3.1. <i>Motivación y déficits motivacionales en personas con trastorno mental</i>	140
6.3.3.2. <i>Motivación para dejar de fumar en personas con trastornos mentales</i>	142
 II. SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA 	
7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	151
7.1. OBJETIVOS	151
7.2. HIPÓTESIS	152
8. MATERIAL Y MÉTODO	152
8.1. DISEÑO Y ÁMBITO DEL ESTUDIO	152
8.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	154
8.3. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	154
8.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	155
8.4.1. <i>Cuestionario estructurado</i>	155
8.4.2. <i>Cuestionario sobre el hábito de fumar</i>	155
8.4.3. <i>Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina (FNTD)</i>	156
8.4.4. <i>Cuestionario de Balance Decisional de Tabaquismo</i>	156
8.4.5. <i>Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)</i>	156
8.4.6. <i>Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)</i>	157
8.4.7. <i>Cooximetría: Medición de monóxido de carbono en aire expirado</i>	157

8.5. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	158
8.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	164
9. RESULTADOS.....	165
9.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA ESTUDIADA.....	165
9.1.1. Variables sociodemográficas	165
9.1.2. Variables de actividad.....	166
9.1.3. Variables relacionadas con la salud física.....	166
9.1.5. Variables relacionadas con el consumo de tabaco	168
9.1.6. Variables relacionadas con la motivación para dejar de fumar	171
9.2. RESULTADOS CONSUMO Y DEPENDENCIA	175
9.2.1. Relación entre variables de consumo y dependencia con variables sociodemográficas.....	175
9.2.2. Relación entre variables de consumo y dependencia con variables actividad.....	176
9.2.3. Relación entre variables de consumo y dependencia con variables relacionadas con la salud física	177
9.2.4. Relación entre variables de consumo y dependencia con variables psicopatológicas.....	177
9.2.5. Relación entre las distintas variables de consumo y dependencia	178
9.3. RESULTADOS MOTIVACIÓN DEJAR DE FUMAR Y/O REDUCIR EL CONSUMO DE TABACO.....	179
9. 3.1. Relación entre variables motivacionales y variables sociodemográficas	179
9. 3.2. Relación entre variables motivacionales y variables actividad	180
9. 3.3. Relación entre variables motivacionales y variables salud física	181
9. 3.4. Relación entre variables motivacionales y variables psicopatológicas	181
9. 3.5. Relación entre variables motivacionales y variables de consumo	182
9. 3.6. Relación entre distintas variables motivacionales	184
9. 4. PREDICTORES DEL CONSUMO DE TABACO Y MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR Y/O REDUCIR EL NÚMERO DE CIGARRILLOS	186
10. DISCUSIÓN	190
10.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ESTUDIO	190
10.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA.....	192
10.3. TABAQUISMO EN LOS USUARIOS INGRESADOS EN LA UCPP DEL CENTRO SAN JUAN DE DIOS DE CIEMPOZUELOS	196
10.3.1. Prevalencia, historia de consumo y dependencia a la nicotina.....	196
10.3.2. Factores predictores del consumo de tabaco	201
10.3.3. Otros factores relacionados con el consumo de tabaco	203
10.4. MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR Y/O REDUCIR EL CONSUMO DE TABACO EN LOS USUARIOS INGRESADOS EN LA UCPP DEL CENTRO SAN JUAN DE DIOS DE CIEMPOZUELOS	206
10.4.1. Principales aspectos de la motivación para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco ...	206
10.4.2. Factores predictores de la motivación para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco	211
10.4.3. Otros factores relacionados con la motivación para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco.....	214
11. CONCLUSIONES.....	219
12. BIBLIOGRAFÍA.....	222
13. ANEXOS.....	243
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	243
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TUTORES.....	244
ANEXO 3: CUESTIONARIO ESTRUCTURADO	245
ANEXO 4: CUESTIONARIO SOBRE EL HÁBITO DE FUMAR	247
ANEXO 5: TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA DE LA NICOTINA	251
ANEXO 6: CUESTIONARIO DE BALANCE DECISIONAL DE TABAQUISMO.....	252

ANEXO 7. ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA)	254
ANEXO 8. ESCALA DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD GLOBAL-EEAG.....	256
ANEXO 9. COOXIMETRÍA	257

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS POR LA FUNCIÓN QUE EJERCEN EN EL SNC.....	34
TABLA 2. EFECTOS DEL CONSUMO DE NICOTINA.....	36
TABLA 3. CRITERIOS DSM-5 PARA EL TRASTORNO POR CONSUMO DE TABACO.....	47
TABLA 4. CRITERIOS DSM-5 PARA LA ABSTINENCIA DE TABACO.....	47
TABLA 5. CRITERIOS CIE-10 PARA LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA.....	48
TABLA 6. CRITERIOS CIE-10 PARA LA ABSTINENCIA DE NICOTINA.....	49
TABLA 7. CRITERIOS CIE-10 PARA LA INTOXICACIÓN POR NICOTINA.....	50
TABLA 8. PREVALENCIA DE TABAQUISMO SEGÚN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL.....	52
TABLA 9. PREVALENCIA DE TABAQUISMO SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO UTILIZADO.....	52
TABLA 10. PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN PERSONAS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS AFECTIVOS CON Y SIN CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS POR GRUPOS DE EDAD Y GÉNERO.....	54
TABLA 11. ENFERMEDADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE TABACO.....	60
TABLA 12. CAUSA DE MUERTE Y NÚMERO DE MUERTES EN FUMADORES ESPAÑOLES CON EDADES ≥ 35 AÑOS EN EL AÑO 2006.....	61
TABLA 13. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA Y CON TRASTORNO BIPOLAR.....	61
TABLA 14. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS EN EL DSM-5.....	69
TABLA 15. TRASTORNOS DEPRESIVOS EN EL DSM-5.....	73
TABLA 16. TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNOS RELACIONADOS EN EL DSM-5.....	74
TABLA 17. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y TABAQUISMO.....	75
TABLA 18. ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS EN EL DSM-5.....	81
TABLA 19. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: TIPOS Y CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES.....	85
TABLA 20. PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN CONSUMIDORES DE OTRAS SUSTANCIAS.....	88
TABLA 21. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PSICOPATOLÓGICAS Y CONSUMO DE TABACO EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	94
TABLA 22. TRATAMIENTOS EFICACES PARA DEJAR DE FUMAR EN PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES.....	102
TABLA 23. CREENCIAS ERRÓNEAS RESPECTO A LA CESACIÓN TABÁQUICA EN FUMADORES CON OTROS TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS.....	107
TABLA 24. ESTADIOS DEL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO.....	118
TABLA 25. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS INADECUADAS PARA PROMOVER EL ABANDONO DEL TABACO.....	137
TABLA 26. CREENCIAS RESPECTO A LOS BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR EN PERSONAS INGRESADAS EN UNA UCPP.....	145
TABLA 27. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	161
TABLA 28. ANÁLISIS DESCRIPTIVO VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	165
TABLA 29. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES DE CONSUMO DE TABACO.....	169
TABLA 30. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL FNTD.....	170
TABLA 31. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL DESEO DE DEJAR DE FUMAR Y/O REDUCIR EL CONSUMO DE TABACO.....	172
TABLA 32. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CUESTIONARIO DE BALANCE DECISIONAL.....	174
TABLA 33. CORRELACIONES ENTRE VARIABLES DE CONSUMO/DEPENDENCIA Y ASIGNACIÓN ECONÓMICA.....	176
TABLA 34. NÚMERO DE CIGARRILLOS/DÍA Y DIAGNÓSTICO PSICOPATOLÓGICO PRINCIPAL.....	178
TABLA 35. CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO DE CONSUMO Y VARIABLES DE CONSUMO/DEPENDENCIA ACTUALES.....	178
TABLA 36. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS Y DESEO DE DEJAR DE FUMAR.....	182
TABLA 37. CREENCIA EN EL GRADO EN QUE EL TABACO AFECTA A LA SALUD Y DESEO DE DEJAR DE FUMAR O REDUCIR EL CONSUMO DE CIGARRILLOS.....	183
TABLA 38. CREENCIA EN EL GRADO EN QUE EL TABACO AFECTA A LA SALUD Y ESTADIOS DE CAMBIO.....	183
TABLA 39. ESTADIO DE CAMBIO Y DESEO DE DEJAR DE FUMAR O REDUCIR EL CONSUMO DE TABACO.....	185
TABLA 40. RESULTADO DEL BALANCE DECISIONAL Y DESEO DE DEJAR DE FUMAR O REDUCIR EL CONSUMO DE TABACO.....	185

TABLA 41. INTENTOS DE REDUCCIÓN DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, DESEO DE DEJAR DE FUMAR Y ESTADIO DE CAMBIO	186
TABLA 42. VARIABLES PREDICTORAS DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS	187
TABLA 43. RESUMEN DE LOS RESULTADOS EN LA PREDICCIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TABACO Y LA MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR.....	188
TABLA 44. DATOS DE LA PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO EN CENTROS PSIQUIÁTRICOS SEGÚN DIVERSOS ESTUDIOS	198

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. PORCENTAJE DE HOMBRES FUMADORES CON Y SIN TRASTORNO MENTAL SEGÚN GRUPOS DE EDAD	55
FIGURA 2. PORCENTAJE DE MUJERES FUMADORAS CON Y SIN TRASTORNO MENTAL SEGÚN GRUPOS DE EDAD	56
FIGURA 3. CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN GENERAL DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES.....	87
FIGURA 4. CONSUMO DE SUSTANCIAS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO EN FUMADORES Y EN POBLACIÓN GENERAL	89
FIGURA 5. EL PROCESO MOTIVACIONAL.....	111
FIGURA 6. ESTADIOS DEL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO	115
FIGURA 7. SISTEMA MOTIVACIONAL HUMANO SEGÚN LA TEORÍA PRIME.....	129
FIGURA 8. PREPARACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN PERSONAS INGRESADAS EN UNIDADES PSIQUIÁTRICAS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA	148
FIGURA 9. ESTADO CIVIL DE LOS PARTICIPANTES	165
FIGURA 10. NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PARTICIPANTES	166
FIGURA 11. ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS ORGÁNICAS	167
FIGURA 12. DIAGNÓSTICOS PSICOPATOLÓGICOS PRINCIPALES.....	168
FIGURA 13. PORCENTAJES PARA EL DESEO DE DEJAR DE FUMAR.....	171
FIGURA 14. PORCENTAJES PARA EL DESEO REDUCIR EL CONSUMO DE TABACO.....	172
FIGURA 15. PRINCIPALES MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR.....	173
FIGURA 16. RESULTADOS DE LOS ESTADIOS DE CAMBIO	175

Resumen y abstract

1. RESUMEN Y ABSTRACT

1.1. Resumen

La prevalencia de consumo de tabaco en personas con trastornos mentales oscila entre un 42% y un 78% dependiendo del tipo de trastorno que padezcan (Soltz, Crockford, White y Currie, 2009; Stockings et al., 2013), encontrándose las mayores tasas de consumo de tabaco y de dependencia a la nicotina en las personas con trastorno mental grave ingresadas en centros psiquiátricos (Lineberry, Allen, Nash, y Galardy, 2009). Es poco habitual que a los fumadores con psicopatología se les ofrezca tratamiento para disminuir o abandonar el consumo de tabaco, basándose en parte esta decisión en la creencia de que no están motivados para dejar de fumar. Sin embargo, se ha demostrado que muchos de estos fumadores muestran deseos de dejar de fumar, han realizado algún intento en el último año para conseguirlo y refieren que ya no disfrutan fumando, siendo una de sus principales motivaciones la preocupación por el propio estado de salud (Etter, Mohr, Garin y Etter, 2004; Mann-Wrobel, Bennett, Weiner, Buchanan y Ball, 2011).

1.1.1. Objetivos

El objetivo general de la investigación es conocer los datos de consumo de tabaco así como la motivación para dejar de fumar entre los fumadores ingresados en la Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP) del área de Salud Mental del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos. Como objetivos secundarios se plantean:

1. Obtener datos sobre la prevalencia de consumo de tabaco en los usuarios ingresados en la UCPP.
2. Describir la población estudiada respecto a sus características sociodemográficas, el nivel de actividad fuera de la unidad de ingreso, las patologías orgánicas relacionadas

con el tabaquismo y los aspectos psicopatológicos así como en lo referido al consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina.

3. Analizar la motivación para dejar de fumar y/o reducir el consumo de los usuarios ingresados en la UCPP.
4. Establecer relaciones entre las características de la población estudiada y el consumo de tabaco.
5. Establecer relaciones entre las características de la población estudiada y la motivación para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco.

1.1.2. Metodología

La investigación llevada a cabo ha seguido el diseño de un estudio observacional, analítico y transversal. Como instrumentos de recogida de datos se han utilizado: un Cuestionario estructurado diseñado para el estudio, el Cuestionario sobre el hábito de fumar, el Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina (FNTD), el Cuestionario de Balance Decisional de Tabaquismo, la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), la Escala de Evaluación de la Actividad global (EEAG) y el análisis de monóxido de carbono (CO) en aire expirado a través de la cooximetría. El análisis de los datos se ha llevado a cabo mediante el programa estadístico SPSS 20 para Windows 2008.

1.1.3. Resultados

La muestra estuvo compuesta por 102 varones fumadores cuya edad media fue de 49,53 años (desviación estándar-DE= 8,31) que recibían una asignación económica diaria de 5,81 euros al día (DE= 2,99). El 69,6% acudía a alguna actividad fuera de la unidad de ingreso con una media de horas semanales de 11,15 horas (DE= 8,55) y el 67,6% tenía antecedentes de alguna patología orgánica relacionada con el consumo de tabaco.

Los dos diagnósticos más frecuentes fueron el de esquizofrenia residual (43,1%) y el de esquizofrenia paranoide (37,3%). Un 55,9% de la muestra tenía antecedentes de consumo de sustancias y la media de años de ingreso en el centro fue de 10,39 (DE= 7,27). En el momento del estudio el total de personas ingresadas en la UCPP era de 178 por lo que la prevalencia del consumo de tabaco fue del 68,5%. La media de los cigarrillos fumados al día fue de 20,47 (DE= 9,55), el nivel medio de CO en aire expirado de 26,6 (DE= 14,59) partes por millón y la media de la puntuación total del FNTD de 5,43 (DE= 2), teniendo en cuenta que al 53,9% de las personas del estudio se les realizaba algún control al acceso de tabaco por parte del personal sanitario. La edad media de inicio del consumo de tabaco fue de 14,63 años (DE= 5,16). El 49% de los participantes en el estudio manifestaron que les gustaría dejar de fumar y un 61,8% que les gustaría reducir su consumo actual de tabaco, siendo los motivos más frecuentes los relacionados con la salud (59,7%), el miedo a padecer enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco (41,8%) y el ahorro de dinero (37,3%). Un 50,9% de los participantes se encontraba en el estadio de contemplación, un 47,5% en el de preparación y un 2% en el de acción.

El número de cigarrillos fumados al día se relacionó con una mayor asignación económica diaria ($\beta = 0,42$; $t = 4,56$; $p \leq 0,001$; $R^2 = 0,17$), una menor edad de inicio de consumo ($\beta = -0,27$; $t = -2,94$; $p \leq 0,005$; $R^2 = 0,07$), el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia paranoide ($\chi^2 = 16,38$; $df = 6$; $p \leq 0,05$). El deseo de dejar de fumar se relacionó con ser más joven ($t = 2,15$; $df = 95$; $p \leq 0,05$), llevar menos años de ingreso en el centro ($OR = 1,12$; $\chi^2 = 4,02$; $p \leq 0,001$; $R^2 = 0,17$) realizar un mayor número de horas de actividad semanal ($M = 13,67$; $DE = 7,60$ vs. $M = 9,06$; $DE = 8,09$; $t = -2,66$; $df = 93$; $p \leq 0,01$), tener antecedentes de abuso de sustancias ($\chi^2 = 7,13$; $df = 1$; $p \leq 0,05$) y con la creencia de que el tabaco estaba afectando a la salud ($\chi^2 = 9,63$; $df = 1$; $p \leq 0,05$).

El deseo de reducir el consumo de tabaco mostró tener relación con una mayor puntuación total en el FNTD ($t = -2,35$; $df = 96$; $p \leq 0,05$), con el hecho de fumar más durante las primeras horas del día ($\chi^2 = 6,55$; $df = 1$; $p \leq 0,05$) y con la creencia de que el tabaco estaba afectando a la salud ($\chi^2 = 7,85$; $df = 1$; $p \leq 0,001$).

1.1.4. Conclusiones

El tabaquismo se mostró como un problema serio entre los usuarios ingresados en la UCPP aunque se comprobó que a estos fumadores les preocupaba como el tabaco afectaba a su salud y desearían dejar de fumar o por lo menos reducir el número de cigarrillos fumados al día. Las características psicopatológicas se relacionaron con la motivación para dejar de fumar y, en menor medida, con el consumo de tabaco. Otros aspectos que mostraron su relevancia respecto a estos dos factores fueron los años de consumo, la disponibilidad económica y las creencias respecto a las consecuencias del tabaco para la salud, todos ellos aspectos fundamentales a tener en cuenta a la hora diseñar programas de tratamiento adecuados a las características de estos fumadores.

1.2. Abstract

Smoking prevalence in people with mental disorders varies between 42% and 78%, depending on the type of disorder (Soltry, Crockford, White & Currie, 2009; Stockings et al., 2013), while the highest rates of tobacco use and nicotine dependence have been described in people with severe mental disorder admitted in psychiatric centers (Lineberry, Allen, Nash, Galardy, 2009). It is still unusual that smokers with mental disorders are offered treatment to decrease or stop smoking, based this decision on the belief that these smokers are not motivated to stop smoking. However, it has been shown that many of these smokers show wishes to quit smoking, they have carried out any attempt in the last year, and refer to no longer enjoy smoking, being one of their main motivations the concern about their own health state (Etter,

Mohr, Garin y Etter, 2004; Mann-Wrobel, Bennet, Winner, Buchanan y Ball, 2011; Stockings, et al., 2013).

1.2.1. Objectives

The overall objective of the research was to investigate the facts of tobacco consumption and the motivation to quit smoking in patients admitted to the Psychiatric Prolonged Care Unit (PPCU) from the Center San Juan de Dios of Ciempozuelos Mental Health Area.

As secondary objectives arise:

1. Obtain data on the smoking prevalence in users admitted in the PPCU.
2. Describe the population studied as regards their sociodemographic characteristics, the level of activity outside of the unit of revenue, the organic pathologies related to smoking and the psychopathological aspects as well as referred to the consumption of tobacco and nicotine dependence.
3. Analyze the motivation to quit smoking and/or reduce the tobacco consumption of users admitted in the PPCU.
4. Establishing relationships between the characteristics of the population studied and the consumption of tobacco.
5. Establishing relationships between the characteristics of the population studied and the motivation to quit smoking and/or reduce the consumption of tobacco.

1.2.2. Methodology

The present research has followed the design of an observational, analytical and cross sectional study. The following data collection instruments have been used in this study: a Structured Questionnaire designed for the study, the Smoking habit questionnaire, the

Fagerström Nicotine Dependence Test (FNTD), the Smoking Decisional Balance Questionnaire, the University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), the Evaluation Scale for Global Activity (EEAG), and the analysis of carbon monoxide (CO) in exhaled air through a co-oximetry. For all statistical analyses, the SPSS 20 software for Windows 2008 was used.

1.2.3. Results

The sample was composed of 102 smoking men whose mean age was 49,53 years (standard deviation-SD=8,31) who received a daily economic allocation of 5,81 euros per day (SD=2,99). 69,6% of the patients resorted to any activity outside the unit of revenue, with an average of 11,15 hours per week and 67,6% have a history of any organic pathology related to cigarette smoking. The most common diagnoses were residual schizophrenia (43,1%) and paranoid schizophrenia (37,3%). 55,9 % of the patients had a history of substance abuse and the mean years of hospitalization in the center was 10,39 years (SD=7,27). At the time of the study, the total number of people admitted UCPP was in the 178 so that the smoking prevalence was 68,5%, while the mean of cigarettes smoked per day was 20,47 (SD = 9,55), the mean level of CO in exhaled air was 26,6 (SD=14,59) parts per million and the mean of the total score of the FNTD was 5,43 (SD= 2), taking into account that 53,9% of the people included in the study received some access control of tobacco by health professionals.

The mean age of smoking initiation was 14,63 years (SD = 5,16). 49% of the participants reported that they would like to stop smoking and a 61,8 % that they would like to reduce their current consumption of tobacco, being the most common reasons related to the health (59,7%), the fear of diseases related to the use of tobacco (41,8 %) and the intention to save money (37,3%). 50,5% of the participants was in the contemplation stage, a 47,5 % in the preparation stage and the 2% left in the action stage.

The number of cigarettes/day was associated with greater economic allocation ($\beta = 0,42$; $t = 4,56$; $p \leq 0,001$; $R^2 = 0,17$), lower age of smoking initiation ($\beta = -0,27$; $t = -2,94$; $p \leq 0,005$; $R^2 = 0,07$), and the diagnosis of schizoaffective disorder and paranoid schizophrenia ($\chi^2 = 16,38$; $df = 6$; $p \leq 0,05$). The desire to quit smoking was associated with had fewer years of income in the center ($OR = 1,12$; $\chi^2 = 4,02$; $p \leq 0,001$; $R^2 = 0,17$), performed a greater number of hours of weekly activity ($t = -2,66$; $p \leq 0,001$), had history of substance abuse ($\chi^2 = 14,85$, $p \leq 0,005$) and the belief that tobacco was affecting his own health ($\chi^2 = 24,93$; $p \leq 0,01$).

The desire to reduce the consumption of tobacco was in relationship with a higher total score on the FNTD ($t = -2,35$; $df = 96$; $p \leq 0,05$), the habit of smoking more during the early hours of the day ($\chi^2 = 6,55$; $df = 1$; $p \leq 0,05$) and the belief that tobacco was affecting his own health ($\chi^2 = 7,85$; $df = 1$; $p \leq 0,001$).

1.2.4. Conclusions

Smoking was a serious problem among the users in the PPCU admitted although it was found that these smokers were worried about the consumption of tobacco and would like to quit smoking or at least reduce the number of cigarettes smoked per day. Psychopathological features related to the motivation to quit smoking and to a lesser extent, with the consumption of tobacco. Other variables that showed their relevance to these two factors were the years of consumption, economic availability and beliefs regarding the consequences of smoking for the health, all of them fundamental aspects to be taken into account when it comes to designing treatment appropriate programs to the characteristics of these smokers.

Justificación del estudio

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El consumo de tabaco en personas con otros trastornos mentales es mucho más elevado que en la población general, observándose en estas personas serios problemas de salud, un elevado porcentaje de mortalidad prematura y un alto gasto económico en la compra de cigarrillos, lo que deteriora seriamente su calidad de vida.

Mientras que la prevalencia de tabaquismo ha ido disminuyendo en los últimos años en el resto de la población, en los fumadores con trastornos mentales no se observa esta disminución del consumo, lo que se debe, en gran medida, a que se les oferta de forma poco frecuente la posibilidad de realizar programas de cesación tabáquica. Existen múltiples mitos respecto las dificultades para abandonar el consumo de tabaco en personas con trastornos mentales, siendo uno de los más habituales la ausencia de motivación para dejar de fumar.

En nuestro país son pocas las investigaciones sobre la prevalencia de consumo de tabaco en personas con psicopatología. Igualmente, son muy escasos los estudios sobre la motivación para dejar de fumar en este tipo de población y todavía son menos frecuentes los que han analizado esta motivación en personas que se encuentran ingresadas en una UCPP. El conocer los datos de la prevalencia de tabaquismo y gravedad de la dependencia de estos fumadores, establecer el tipo de relaciones entre las variables de consumo de tabaco con su psicopatología y el analizar la motivación para dejar de fumar y los factores que la determinan, es necesario para poder sensibilizar a los profesionales sanitarios que atienden a este tipo de población así como para poder diseñar programas específicos de tratamiento de tabaquismo.

I. PARTE: Fundamentos teóricos

I. PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS TEÓRICOS

3. INTRODUCCIÓN

Los efectos nocivos del tabaco sobre la salud empiezan a conocerse en los años 1950-1960 con la publicación del estudio clásico de Sir Richard Doll y Brandford Hill (1954) quienes demostraron la relación entre el consumo de tabaco y la probabilidad de sufrir diferentes enfermedades como el cáncer o las patologías cardiovasculares. Desde entonces, múltiples estudios han llegado a la conclusión de que el consumo de cigarrillos constituye la principal causa aislada y evitable de morbilidad y mortalidad en las sociedades desarrolladas y lo será en breve en los países en vías de desarrollo. Esta dependencia origina en nuestro país unas 53.000 muertes al año (Banegas, et al., 2011) muriendo en el mundo alrededor de seis millones cada año por los efectos del tabaco (World Health Organization, 2012).

La prevalencia del consumo de tabaco en España ha disminuido en los últimos años, habiendo pasado de un 32% en el año 1993 a un 24% en el año 2012 (Instituto Nacional de Estadística, 2013). Sin embargo, la prevalencia de consumo de tabaco en personas con trastornos mentales sigue siendo mucho más elevada, pudiendo oscilar entre un 35% y un 95%, dependiendo del tipo de trastorno que se padezca, del país en el que se realice el estudio o de que existan otros factores de comorbilidad como es el caso de consumo de tabaco en personas con trastornos mentales que consumen otro tipo de sustancias (Lawrence, Mitrou y Zubrick, 2009; Solty, Crockford, White y Currie, 2009). La probabilidad de que una persona con psicopatología fume es de entre dos y tres veces mayor que la que tiene una persona que no la padezca (Brown, 2004), encontrándose las mayores tasas de consumo de tabaco y de dependencia a la nicotina en las personas con trastorno mental grave ingresadas en centros psiquiátricos (Lineberry, Allen, Nash y Galardy, 2009). Además, los fumadores con trastornos mentales suelen tener mayor dependencia a la nicotina y mayor probabilidad de sufrir

enfermedades relacionadas con el tabaco, disminuyendo su calidad de vida y aumentando su mortalidad prematura (Hagman, Delnevo, Hrywna y Williams, 2008; Jones, et al, 2004).

Aunque tanto las políticas antitabaco como los distintos tipos de intervenciones para dejar de fumar han mejorado considerablemente, todavía es poco habitual que a los fumadores trastornos mentales se les ofrezca tratamiento para disminuir o abandonar el consumo de tabaco. Una creencia relativamente frecuente entre los profesionales que trabajan en salud mental es que los fumadores con patologías psiquiátricas no están motivados para dejar de fumar. Sin embargo, se ha demostrado que muchos de estos fumadores muestran deseos de dejar de fumar, han realizado algún intento en el último año para conseguirlo y refieren que ya no disfrutaban fumando (Stockings, et.al, 2013). Las personas con patología psiquiátrica suelen describir como principales motivos para seguir con el consumo de tabaco el que el fumar les ayuda a manejar estados de ánimo negativos y superar el aburrimiento pero también expresan deseos de dejarlo, siendo una de las principales motivaciones la preocupación por el propio estado de salud. Respecto a la preparación para dejar de fumar, y siguiendo el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y DiClemente, 1982), los estudios parecen indicar que la mayor parte de los fumadores con patología psiquiátrica se situarían en la fase de precontemplación como sucede con el resto de los fumadores de la población general. Al mismo tiempo, en lo referido a la forma en que se distribuyen los fumadores con patología psiquiátrica en las diferentes fases de cambio según este modelo, no parecen existir grandes diferencias respecto a los fumadores sin patología psiquiátrica (Etter, Mohr, Garin y Etter, 2004; Mann-Wrobel, Bennett, Weiner, Buchanan y Ball, 2011).

El tratamiento de tabaquismo está totalmente recomendado en aquellas personas con trastornos mentales que deseen dejar de fumar y así se expone en las guías clínicas actuales de cesación tabáquica. Al ser una población con una elevada dependencia a la nicotina se

recomienda la realización de un tratamiento intensivo, de mayor duración y se ha visto la idoneidad de llevarlo a cabo desde los servicios de salud mental (Ballbè y Gual, 2012; Fiore, et al., 2008).

El presente estudio ha tenido como fin el obtener datos sobre el consumo de tabaco y la motivación para dejar de fumar en las personas ingresadas en la UCPP del área de Salud Mental del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos. También se han tratado de explicar las relaciones existentes entre estas dos variables y otras características de estos fumadores como las sociodemográficas y psicopatológicas así como las relativas a la realización de actividades fuera de la unidad de ingreso y a la existencia de patologías orgánicas relacionadas con el consumo de tabaco.

4. ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS

4.1. Aspectos históricos y descripción

La Orden Hospitalaria San Juan de Dios es una orden religiosa de hermanos aprobada por la iglesia para el servicio a enfermos y necesitados (Gómez Bueno, 1963). Nació en Granada en 1539 después de que su fundador, Juan Ciudad, estableciera allí el primer hospital del mundo que se financiaba a través de donaciones para la atención a enfermos sin recursos económicos. En la actualidad, la Orden tiene una estructura provincial estando presente en 50 países de los cinco continentes y atendiendo diariamente a una media de 54.000 personas. Esta asistencia es llevada a cabo por unos 1.230 hermanos, 45.000 colaboradores con vinculación profesional, 8.000 voluntarios y 300.000 benefactores o donantes. La actividad asistencial se lleva a cabo en 298 centros, 44 de ellos en España, repartidos según las distintos tipos de asistencia que presta la Orden:

- Centros médico-quirúrgicos infantiles

- Hospitales generales
- Centros de atención en salud mental y psiquiatría.
- Centros de intervención integral a la vejez.
- Centros de atención a personas con discapacidad.
- Centros de rehabilitación psicosocial con transeúntes.
- Centros de atención a enfermos de sida.
- Centros para drogodependientes.
- Otros centros de atención y promoción de la salud.

En la península ibérica, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios cuenta con las provincias de Castilla, Aragón, Bética y Portugal. En este territorio cuenta con 19 hospitales generales, 13 hospitales psiquiátricos, seis centros para personas de la tercera edad, siete centros para personas con discapacidad física y/o psíquica y ocho albergues para personas en riesgo de exclusión social.

4.2. Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos

4.2.1. Descripción del centro

El Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos es un centro dedicado a la atención psiquiátrica integral que fue fundado por Benito Menni, hermano perteneciente a la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, en el año 1876. Se define como un centro de atención integral a la salud mental y a las personas con discapacidad. Cuenta con las siguientes áreas:

1. Salud Mental
2. Discapacidad Intelectual

3. Psicogeriatría

4. Cuidados Somáticos

Además de las unidades de ingreso, posee zonas de terapia ocupacional, rehabilitación laboral (cuenta con un centro especial de empleo), pruebas médicas complementarias, polideportivo, piscina y granja escuela.

En todas ellas se proporciona a las personas ingresadas una atención interdisciplinar llevada a cabo por médicos internistas, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros.

4.2.2. Área de Salud Mental: Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados

El Área de Salud Mental del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos consta de una Unidad de Hospitalización, Tratamiento y Rehabilitación (UHTR), antiguamente denominada unidad de media estancia y una UCPP, antiguamente denominada unidad de larga estancia. La UCPP a su vez se compone de otros dispositivos como son una Unidad de Rehabilitación de Problemas Graves de Conducta (URECO), una Unidad Residencial y dos pisos tutelados dependientes del centro. Las UCPP son dispositivos cuyo objetivo es ofrecer una asistencia psiquiátrica integral. Se caracterizan por tener un régimen de hospitalización completa y prolongada y suelen atender a personas con trastorno mental grave y persistente. Tradicionalmente, estas unidades se encaminaban al mantenimiento de las habilidades no perdidas de las personas ingresadas así como a la mejora del estado clínico centrando los cuidados en la realización de actividades ocupacionales y de ocio y tiempo libre. Sin olvidar estos objetivos, en el área de Salud Mental del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos se han potenciado diferentes intervenciones orientadas a la asunción de un modelo basado en principios rehabilitadores que dieron como resultado en el año 2009 al Proyecto para la

Rehabilitación de Unidades de Larga Estancia, REULE (Muñoz, et al., 2011; Muñoz y Manzano, 2010). A través de este proyecto se pusieron en marcha diversos instrumentos de evaluación, se estandarizaron las intervenciones y terapias grupales, se promovió una reorganización tanto de las estructuras como de las funciones de los profesionales en el marco de favorecer medidas que posibilitaran la reinserción en el medio comunitario. A través del análisis de conglomerados se puso de manifiesto en el centro cuatro grupos diferenciados de prototipos de perfiles de residentes ingresados en las UCPP. Esta clasificación de usuarios en diferentes niveles según su desempeño psicosocial ha posibilitado mejoras en el tratamiento individualizado, adaptándolo a las necesidades de atención, asistencia y terapia de las personas ingresadas en el centro

4.2.3. Política de control del tabaquismo

En el año 2006, entra en vigor en España la ley 28/2005 (Ley 28/2005, 2005) a través de la cual por primera vez se regulan las medidas sanitarias frente al tabaquismo así como la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco. A través de esta ley, se empieza a controlar el consumo de tabaco en espacios públicos y lugares de trabajo aunque todavía permite que se pueda fumar en algunos espacios habilitados para tal fin. En el año 2010 se realiza una modificación de la ley, entrando en vigor la ley 42/2010 (Ley 42/2010, 2010) en la que ya se prohíbe el consumo de tabaco en todos los centros de trabajo públicos y privados. Es a partir de este momento, cuando se empieza a regular el uso del tabaco en el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, permitiéndose fumar únicamente en los espacios abiertos, a excepción de la zona de observación donde sí está permitido fumar. La zona de observación es un espacio de régimen cerrado en el que ingresan pacientes por descompensaciones psicopatológicas, no se permiten visitas y tampoco pueden salir en ningún momento de ella

mientras dure el ingreso, por lo que es el único espacio donde se les está permitido a los usuarios ingresados el consumo de tabaco.

5. TABAQUISMO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

5.1. Tabaquismo y dependencia

5.1.1. Estudios iniciales

El tabaquismo se define como una drogodependencia siendo la nicotina la droga que se encuentra en la planta del tabaco y la responsable de que los fumadores desarrollen adicción. Inicialmente se le llamó “Nicotianina” para conmemorar a Jean Nicot, diplomático francés que introdujo el tabaco en Francia a finales de 1500. Fue en 1928 cuando científicos alemanes aislaron la forma pura y la denominaron “Nikotin”. En la década de los años 1920 y 1930 empiezan a surgir estudios que sugieren su naturaleza adictiva, pero es en 1942 cuando Johnston demostró que las inyecciones de nicotina pura reducían la necesidad de fumar tabaco, concluyendo que el consumo de tabaco era el medio para administrar nicotina, al igual que el opio era el medio para la administración de morfina. El tabaquismo fue definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una forma de drogodependencia en 1984 y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en 1987, definió la nicotina como una sustancia psicoactiva capaz de producir dependencia sin abuso (Scollo y Winstanley, 2012).

Los primeras investigaciones respecto a esta dependencia, hacían más hincapié en el consumo de tabaco como una conducta aprendida socialmente en la que jugaba un papel fundamental la habituación. Es en 1988 cuando se publica un importante informe en Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, 1988) que focaliza la atención en el papel de la nicotina concluyendo que:

- Los cigarrillos y otras formas de tabaco son adictivos.

- La nicotina es la droga del tabaco responsable de la dependencia.
- Los procesos farmacológicos y conductuales involucrados en la adicción al tabaco son similares a aquellos que se producen en la adicción a otras drogas como la cocaína y la heroína.

5.1.2. Conceptos básicos

5.1.2.1. Droga

La (OMS) definió el concepto de droga en 1969 como *“toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones”*. Esta primera definición equiparaba más el concepto droga con el concepto de fármaco (World Health Organization, 1969). Posteriormente, en un intento de delimitar las sustancias que producían dependencia, la OMS propone en 1982 el concepto de droga de abuso que define como *“aquella sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada”*.

Una concepción más actual del concepto de droga sería el de una sustancia que cumple las siguientes condiciones (Martín y Lorenzo, 2009):

- Es una sustancia que al introducirse en un organismo vivo es capaz de alterar o modificar varias funciones psíquicas de éste (carácter psicoactivo).
- Induce a repetir su autoadministración, por el placer que genera (acción reforzadora positiva).
- El cese de su consumo puede dar lugar a un gran malestar orgánico y/o psíquico (dependencia física y/o psicológica).

- No tiene ninguna implicación médica y, si la tiene, puede utilizarse con fines no terapéuticos.

Atendiendo a distintos criterios existen diferentes clasificaciones de las drogas. Así, la OMS en función de su grado de peligrosidad clasificó las drogas en cuatro grupos dentro de los cuales no se contemplaba la nicotina (Kramer y Cameron, 1975):

- Grupo I: Opio y sus derivados (morfina, heroína, metadona).
- Grupo II: Barbitúricos, tranquilizantes y alcohol.
- Grupo III: Cocaína, anfetaminas y derivados.
- Grupo IV: Derivados cannábicos, LSD y otros.

Según esta clasificación, las drogas de mayor peligro son aquellas que crean dependencia más rápido y son más tóxicas (Grupo I), mientras las de menor peligro son las que crean dependencia menos rápido, son menos tóxicas y/o sólo crean dependencia psicosocial.

Otra clasificación es la que se realiza en función del efecto que ejercen en el sistema nervioso central (SNC) y que divide las drogas en depresores, estimulantes y perturbadores (Tabla 1), encontrándose el tabaco dentro del grupo de estimulantes o psicoanalépticos (Berjano y Musitu, 1987).

Tabla 1. Clasificación de las drogas por la función que ejercen en el SNC

Función	Acción	Drogas
Depresores (psicolépticos)	Sustancias que tienen la propiedad de bloquear las funciones del SNC.	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Tranquilizantes • Hipnóticos y sedantes • Opiáceos • Disolventes volátiles
Estimulantes (psicoanalépticos)	Sustancias que tienen la propiedad de activar o estimular las funciones del SNC.	<ul style="list-style-type: none"> • Cocaína • Anfetaminas y anorexígenos • Xantinas (café, té, bebidas de cola) • Tabaco
Perturbadores (psicodislépticos)	Sustancias que pueden modificar de alguna manera la actividad psíquica y producir trastornos de percepción como las alucinaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • LSD • Peyote y derivados • Alucinógenos sintéticos • Derivados del cannabis

Fuente: adaptación propia a partir del original Berjano y Musitu, 1987.

Y por último Comas (1985) realiza una clasificación atendiendo a los aspectos legales:

- Drogas legales (institucionalizadas): alcohol, tabaco, cafeína y otras bebidas excitantes.
- Drogas legales (con posible uso ilegal): barbitúricos y tranquilizantes, anfetaminas y otros excitantes e inhalantes.
- Drogas ilegales: opiáceos, cocaína, cannabis y alucinógenos.

5.1.2.2. Nicotina

La nicotina es un alcaloide natural que se extrae de las hojas del tabaco. Se absorbe fundamentalmente a través de los pulmones y, en menor medida, de la mucosa bucal y plexos sublinguales y de la piel. Su absorción es muy rápida llegando al cerebro en 7 segundos. Esta

relación casi inmediata entre la inhalación del humo y los efectos a nivel cerebral es uno de los factores que contribuye al alto poder adictivo de la nicotina. La vida media de la nicotina es de una a cuatro horas dependiendo de la variabilidad individual, metabolizándose la mayor parte en el hígado donde se transforma en uno de sus metabolitos inactivos, la cotinina (Jiménez, et al., 2004).

La vía más frecuente de administración de nicotina en el organismo es a través del consumo de cigarrillos fumados. Ésta y otras formas de consumo de tabaco se exponen a continuación (Jiménez, et al., 2004):

- Mascar tabaco: es la forma más antigua de consumo de tabaco, muy popular en América. Habitualmente el tabaco se mezcla con ceniza o cal y se mantiene en la parte interna de la mejilla o labio inferior durante horas. Estas sustancias alcalinizantes facilitan la absorción en la mucosa bucal, estómago e intestino intensificando el efecto del tabaco.
- Beber tabaco: el ingerir tabaco de forma líquida como una infusión o un jarabe es una práctica conocida entre algunas tribus del Alto Amazonas. Se cuecen las hojas del tabaco hasta obtener una pasta líquida que suele tomarse junto a otros productos de tabaco así como a sustancias alucinógenas y alcohol.
- Esnifar tabaco: esnifar polvo de tabaco o rape era una práctica habitual entre algunas tribus del Orinoco o del Amazonas y fue popular entre la sociedad europea a finales del siglo XVIII, estando hoy en desuso. Suele administrarse por inhalación directa o utilizando algún dispositivo consiguiendo una rápida absorción de la nicotina.
- Fumar tabaco: es la forma más habitual de consumo de nicotina. A través de los alvéolos pulmonares se experimentan rápidamente efectos en el SNC. El cigarrillo actual es un mecanismo eficaz desarrollado durante décadas por la industria tabaquera para

proporcionar al fumador la dosis exacta y rápida que necesita. Además se le suelen añadir múltiples aditivos para proporcionar sensaciones más placenteras.

Cuando alguien consume por primera vez nicotina, las reacciones pueden ser muy aversivas como podemos observar en la Tabla 2. Teniendo en cuenta estos efectos parece difícil pensar que alguien pueda convertirse en fumador. Sin embargo, esto se produce porque tanto el desarrollo de la dependencia como la tolerancia a estas sensaciones se producen de una forma muy rápida, estando implicados distintos mecanismos que serán descritos más adelante.

Tabla 2. Efectos del consumo de nicotina

Efectos psicológicos
▪ Sensaciones subjetivas de relajación, bienestar, reducción de la fatiga y mejora de la atención.
Efectos fisiológicos
▪ Aumento latido cardiaco
▪ Aumento tensión arterial
▪ Vasoconstricción de la piel: disminución de la temperatura
▪ Disminución del apetito
▪ Modificaciones en el SNC.: incremento del <i>arousal</i>
Efectos tóxicos
▪ Nauseas
▪ Sensación de mareo
▪ Temblor
▪ Convulsiones

Fuente: adaptación propia del original Dodgen, 2005.

5.1.2.3. Dependencia

El concepto de drogodependencia lo estableció por primera vez la OMS en el año 1964 quién lo describió como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y que se caracteriza por:

- Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por la retirada de la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

La APA establece que la dependencia a sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que hace que la persona siga consumiendo la sustancia, a pesar de tener problemas significativos relacionados con ella, existiendo un patrón de repetida autoadministración que normalmente lleva a una ingestión compulsiva, al desarrollo de tolerancia y a una clínica de abstinencia cuando se cesa el consumo (American Psychiatric Association , 2002).

Tanto la OMS, como la APA incluyen en sus manuales de criterios diagnósticos (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición –CIE- 10- y Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición-DSM-5- respectivamente) la dependencia a la nicotina y otros trastornos relacionados con el tabaco, dentro de los trastornos relacionados con sustancias lo que será abordado con mayor detenimiento en apartados posteriores (American Psychiatric Association, 2013; Organización Mundial de la Salud, 1992).

Cuando no se especifica otra cosa, el uso del término dependencia hace referencia tanto a la dependencia física como a la psicológica. El término dependencia psicológica tradicionalmente se ha asociado a un deterioro en el autocontrol para el consumo de la sustancia asociada normalmente al término *craving* (deseo fuerte y apremiante de consumir la sustancia por el hecho de sentir sus efectos placenteros o por evitar los síntomas de abstinencia

producidos por no consumirla), aunque la dependencia psicológica es un concepto más amplio y complejo existiendo múltiples factores psicosociales que se encuentran implicados tanto en el inicio como en el mantenimiento del consumo de tabaco. Respecto a la dependencia fisiológica o física, suele referirse más a la tolerancia y a los síntomas de abstinencia, estando más relacionada con el concepto de neuroadaptación (proceso de adaptación neuronal a la presencia de la droga).

5.1.2.4. Tolerancia

La tolerancia es un estado de adaptación del organismo que se caracteriza por una respuesta menor a la misma cantidad de droga o por necesitar una dosis mayor para provocar el mismo efecto farmacodinámico. La exposición continuada a la sustancia produce que la droga se metabolice más rápidamente por lo que disminuye considerablemente tanto la duración como la intensidad de su efecto. Como consecuencia de este proceso, para conseguir los mismos efectos anteriores es necesario aumentar la dosis de la droga así como la frecuencia de administración de la misma (Becoña y Vázquez, 2001).

Se han descrito varios tipos de tolerancia atendiendo a la perspectiva de la propia sustancia (Martín y Lorenzo, 2009):

- Tolerancia aguda: se genera precozmente con la administración repetida de una droga con motivo de un acontecimiento determinado. (p. ej. consumo de la droga en una fiesta).
- Tolerancia invertida: la capacidad por la que algunas drogas generan los mismos efectos o más agudos a dosis bajas. Se explica por una acumulación de la droga en los tejidos y su liberación progresiva o por una incapacidad en la metabolización. Es una

característica muy típica en los alcohólicos debido a sus problemas hepáticos ocasionados por el consumo prolongado.

- Tolerancia cruzada: se presenta cuando una persona que es tolerante a una droga desarrolla tolerancia a otra cuyos efectos son similares. Es el caso de la heroína que presenta tolerancia cruzada con todos los opiáceos.

5.1.2.5. Intoxicación

Según la OMS (World Health Organization, 1994), la intoxicación es el estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva que causa alteraciones en lo cognitivo, la percepción, el juicio, la afectividad, el comportamiento o en otras respuestas psicofisiológicas. Estas alteraciones estarían relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia consumida así como las respuestas aprendidas en relación a los efectos de dicha sustancia. Las alteraciones descritas desaparecen con el tiempo y la recuperación suele ser completa, salvo cuando se han producido lesiones tisulares u otras complicaciones. Suele utilizarse sobre todo en relación al alcohol, aunque también se utiliza en otras sustancias.

5.1.2.6. Síndrome de abstinencia

Siguiendo con las definiciones propuestas por la OMS, el síndrome de abstinencia sería un conjunto de síntomas de intensidad variable que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, normalmente durante un periodo de tiempo prolongado y/o en dosis altas. El comienzo y la evolución de este síndrome tienen una duración limitada y está relacionada con el tipo y la dosis de la sustancia que se tomó inmediatamente antes de la suspensión o la disminución del consumo.

En el caso de la nicotina, el síndrome de abstinencia empieza a aparecer a las pocas horas después de haber fumado el último cigarrillo y alcanza su máxima plenitud a las 24-48

horas. Entre otros síntomas se caracteriza por la aparición de irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración y aumento de apetito. Normalmente estos síntomas suelen haber desaparecido por completo a las cuatro semanas aunque el deseo de fumar un cigarrillo puede alargarse mucho más en el tiempo (Jiménez, et al., 2004).

5.1.3. Factores biológicos relacionados con la dependencia al tabaco

La nicotina estimula los receptores colinérgicos-nicotínicos (nAChRs). Existen 16 tipos diferentes de nAChRs que difieren en su distribución cerebral así como en su estructura y características. Se han localizado en la corteza cerebral, tálamo, hipotálamo, hipocampo, ganglios basales, cerebro medio y posterior. Están involucrados en distintas funciones centrales, entre las cuales se incluyen: el control voluntario del movimiento, memoria y atención, sueño y alerta, dolor y ansiedad. La estimulación de los receptores nicotínicos tiene como resultado final un complejo patrón de efectos indirectos sobre los demás sistemas transmisores como son el dopaminérgico y el adrenérgico, relacionados con el sistema de recompensa cerebral cuyos efectos están muy también relacionados con la dependencia a la sustancia así como con el elevado consumo de tabaco en personas con trastornos mentales. Estudios animales demuestran que la exposición prolongada a la nicotina produce un incremento en la densidad de los receptores nAChRs lo que se ha asociado a la tolerancia a esta sustancia. De igual manera, se observa una relación estadísticamente significativa entre este aumento en la densidad de los receptores nicotínicos y la intensidad y la duración del consumo de tabaco, lo que se ha podido apreciar en estudios *post mortem* de fumadores. Al desaparecer la nicotina del cerebro, el exceso de receptores va a provocar una excitabilidad del sistema colinérgico-nicotínico causando en el fumador un estado de malestar y nerviosismo que se relaciona con la necesidad a fumar el siguiente cigarrillo (Vázquez y Bonilla, 2004).

Los sistemas de recompensa cerebrales son centros del SNC que permiten que las personas desarrollen conductas aprendidas que responden a estímulos placenteros. La vía dopaminérgica mesolímbica es uno de los centros que permite el desarrollo de estas conductas. Esta vía tiene sus cuerpos celulares en el área tegmental ventral del mesencéfalo y desde allí sus axones llegan al sistema límbico, incluyendo el núcleo *accumbens*. Algunas drogas consiguen su efecto estimulando directamente las neuronas del área tegmental ventral, mientras que otras como la cocaína o las anfetaminas lo hacen inhibiendo la recaptación de dopamina. En el caso de la nicotina, estudios experimentales han mostrado que la administración directa de la sustancia produce un aumento de flujo de dopamina específicamente en el área ventromedial del núcleo *accumbens*, estructura que a su vez está implicada en la integración y expresión de las emociones (Pontieri, Tanda, Orzi y Di Chiara, 1996). La vía noradrenérgica es también uno de los sistemas cerebrales implicados en la dependencia al tabaco y sobre todo, en los procesos de abstinencia a la nicotina. Esta vía tiene su origen en el *locus coeruleus* y desde allí emite proyecciones al hipocampo, tálamo, neocórtex y amígdala entre otras estructuras, estando muy relacionada con los estados de ansiedad y las respuestas emocionales, activándose ante situaciones de estrés. Cuando una persona que ha desarrollado dependencia al tabaco dejar de fumar, se produce una respuesta anormal en el *locus coeruleus* produciéndose una descarga de noradrenalina. Otros sistemas o vías que tienen relación con el consumo de tabaco son el sistema serotoninérgico, el sistema endocannabinoide y el sistema opiáceo endógeno (Granda y Solano, 2008).

Respecto a la influencia de los factores genéticos en el desarrollo y mantenimiento de la dependencia al tabaco, se sabe que aproximadamente el 70% de los hijos de padres fumadores llegarán a ser fumadores. Algunos autores han propuesto que estos datos no se relacionan únicamente con factores psicosociales si no que existen también factores genéticos relacionados. Una revisión realizada sobre la influencia genética en el tabaquismo expuso que

ésta podría estar relacionada con la existencia de un condicionamiento genético para metabolizar más rápidamente la nicotina así como con variaciones en la genética de los receptores de dopamina, el transporte o el metabolismo de la misma (Batra, Patkar, Berrettini, Weinstein y Leone, 2003).

5.1.4. Factores psicológicos relacionados con la dependencia al tabaco

Los factores psicosociales son claves tanto en el inicio como en el mantenimiento de la dependencia al tabaco. En lo referido al inicio del consumo existen múltiples investigaciones sobre el papel de estos factores psicosociales. Un estudio realizado recientemente (U.S. Department of Health and Human Services, 2012) sobre prevención de tabaquismo en jóvenes y jóvenes adultos recoge todos estos factores destacando como fundamentales:

1. Presencia de modelos fumadores en el entorno inmediato: familia y grupo de iguales.
2. Influencia de otros modelos de referencia para el niño o el adolescente: ej. fotos de actores o cantantes fumando.
3. Accesibilidad a los cigarrillos: precio y distribución.
4. Existencia o no de políticas que regulen el consumo: publicidad y espacios sin humo.

Por otro lado, la edad de inicio del consumo se ha mostrado como uno de los principales factores relacionados con la prevalencia de consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina en la edad adulta. Así, la experimentación temprana con tabaco, antes de los 14 años, se asocia a elevadas prevalencias de consumo diario de tabaco en el adulto, a mayor cantidad de tabaco consumido, mayor dependencia a la nicotina, a mayores tasas de recaídas en la cesación tabáquica y a mayor probabilidad de consumir otro tipo de sustancias (Hernández, et al., 2009; Lanza y Vasilenko, 2015; Mateo, et al., 2009).

Los factores psicológicos relacionados con el consumo de tabaco se explican en gran medida por la Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1982) según la cual tanto en el inicio como en el mantenimiento de este consumo estarían relacionados diversos procesos resultantes de la interacción actual y pasada de la persona con su entorno. Entre estos procesos se podrían distinguir (Moreno, 2006):

- Procesos de condicionamiento *pauloviano*: explican la regularidad que existe entre la conducta de fumar y las situaciones o estímulos que la anteceden, existiendo una variación en la probabilidad de consumir tabaco dependiendo del contexto en el que se encuentre la persona.
- Procesos de condicionamiento instrumental: explican como la conducta de fumar establece una relación de funcionalidad con las consecuencias reforzantes que le siguen, pudiendo estas consecuencias actuar como reforzadores negativos o positivos. La conducta de fumar se convierte así para el fumador en una herramienta que va utilizando con diferentes fines:
 - Facilitar la integración social: por ejemplo en el inicio del consumo durante la adolescencia.
 - Reducir malestar y combatir el síndrome de abstinencia a la nicotina.
 - Regular estados emocionales como la ansiedad, la irritabilidad, la tristeza o el aburrimiento.
 - Aumentar la estimulación y mejorar la concentración y el rendimiento en diferentes tareas.
 - Como estrategia de control del peso.

- Procesos de autorregulación del comportamiento: resultado de la biografía de la persona y relacionados con el modo individual de valorar y afrontar las situaciones asociadas al consumo así como con los sesgos cognitivos, las emociones y los repertorios personales de competencias de afrontamiento.

A través de estos procesos tanto físicos como psicológicos se va instaurando un consumo habitual de tabaco cuya consolidación y mantenimiento está en función de los siguientes factores (Becoña, 2003):

- Efectos psicofarmacológicos de la nicotina: el fumador sigue consumiendo para experimentar los efectos placenteros de la nicotina (refuerzo positivo) y/o para evitar los efectos negativos del síndrome de abstinencia (refuerzo negativo).
- Asociaciones condicionadas a fumar: el fumar siempre en determinadas situaciones, ante determinadas personas o bajo determinados estados emocionales hace que se establezcan relaciones asociativas con diferentes contextos aumentando la probabilidad de seguir consumiendo cuando éstos aparezcan.
- Creencias erróneas o distorsiones cognitivas respecto al consumo de tabaco: negación, minimización o despersonalización de las consecuencias negativas del tabaco.
- Utilización del tabaco como herramienta psicológica o estrategia de afrontamiento
- Aceptación, facilitación o potenciación del consumo de tabaco en el medio del fumador: por parte de la familia, amigos o grupo de iguales. Potenciación del consumo a través de la publicidad directa o indirecta y normalización del consumo a través de los medios de comunicación.

5.2. Tabaquismo como trastorno mental: criterios diagnósticos

5.2.1. Criterios diagnósticos del DSM-5

En el DSM-5, la dependencia a la nicotina se incluye dentro de los trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones, en el apartado de los trastornos por consumo de sustancias. En las anteriores ediciones de este manual, dentro del apartado de los trastornos por consumo de sustancias, se incluía tanto el abuso como la dependencia a sustancias aunque respecto a la nicotina sólo se contemplaba la dependencia. En la actual versión esta diferenciación ha desaparecido englobándose las dos en un único apartado denominado: “Trastorno por consumo”.

El DSM-5 contempla como trastornos relacionados con el tabaco los siguientes:

- Trastorno por consumo de tabaco: este apartado a la vez incluye diferentes especificaciones:
 - En remisión inicial: después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4: “ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).
 - En remisión continuada: después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4: “ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).

- En terapia de mantenimiento: el individuo está tomando una medicación de mantenimiento desde hace tiempo, como sustituto de la nicotina y no cumple ningún criterio del trastorno por consumo de tabaco para esta clase de medicación (salvo tolerancia o abstinencia de la medicación sustitutiva de la nicotina).
- En un entorno controlado: este especificador adicional se utiliza cuando el individuo se encuentra en un entorno con acceso restringido al tabaco.
- Especificar gravedad actual:
 - (305.1) Leve: presencia de dos a tres síntomas
 - (305.1) Moderado: presencia de cuatro a cinco síntomas
 - (305.1) Grave: presencia de seis o más síntomas.
- Abstinencia de tabaco (292.0).
- Trastornos relacionados con el tabaco no especificado (292.9).

Los criterios diagnósticos para el trastorno por consumo de tabaco en esta clasificación diagnóstica incluyen los criterios de dependencia de clasificaciones previas y son los mismos que aparecen descritos en el resto de sustancias (Tabla 3). Respecto a la abstinencia al tabaco, el manual incluye un apartado propio del síndrome de abstinencia característico de esta sustancia cuyas manifestaciones físicas y psicológicas se describen en la Tabla 4.

Tabla 3. Criterios DSM-5 para el trastorno por consumo de tabaco

<p>Un modelo problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco5. Consumo reciente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p.ej. interferencia en el trabajo)6. Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (p.ej. discusiones con otros sobre el consumo de tabaco)7. El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio8. Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (p.ej. fumar en la cama)9. Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco10. Tolerancia definida por alguno de los siguientes hechos: una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado y/o un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes: presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco y/o se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

Tabla 4. Criterios DSM-5 para la abstinencia de tabaco

<p>A. Consumo diario de tabaco durante al menos varias semanas</p> <p>B. Interrupción brusca o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguida por un periodo de 24 horas en el que se observan cuatro o más de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Irritabilidad2. Ansiedad3. Dificultad de concentración4. Aumento de apetito5. Intranquilidad6. Estado de ánimo deprimido7. Insomnio <p>C. Los síntomas del criterio B pueden generar un malestar clínicamente significativo en el área social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento del individuo</p> <p>D. Los síntomas no son producidos por un problema médico general y no se pueden explicar mejor por otro trastorno</p>

Fuente Tabla 3 y Tabla 4: APA, 2013.

5.2.2. Criterios diagnósticos del CIE-10

La CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) incluye los trastornos relacionados con el uso de la nicotina dentro del apartado trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas (F10-F19), equiparando así la dependencia a la nicotina con la dependencia a otras sustancias como la heroína o la cocaína. Esta clasificación establece tres tipos de trastornos dentro del epígrafe: “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco (F17)”: la dependencia a la nicotina, la abstinencia a la nicotina y la intoxicación por nicotina.

Para el diagnóstico de dependencia a la nicotina, tal y como podemos observar la Tabla 5, la CIE-10 establece los mismos criterios que para la dependencia al resto de sustancias (F17.200). Respecto al síndrome de abstinencia a la nicotina, esta clasificación determina que se deben cumplir los criterios generales de abstinencia descritos para todas las sustancias y luego establece los criterios específicos del síndrome de abstinencia a la nicotina (F17.203) tal y como se muestra en la Tabla 6.

Tabla 5. Criterios CIE-10 para la dependencia a la nicotina

<p>A. El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir nicotinab) Disminución de la capacidad para controlar el consumo nicotina, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumidac) Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o se cesa el consumo de nicotinad) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de nicotina para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas o reducción del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de nicotinae) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo nicotina, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir nicotina o para recuperarse de sus efectosf) Persistencia en el consumo de nicotina a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales
--

Fuente: OMS, 1992.

Tabla 6. Criterios CIE-10 para la abstinencia de nicotina

A.	Deben cumplirse los criterios generales de síndrome de abstinencia:
1.	Debe haber pruebas claras de cese o reducción en el consumo de nicotina después de un repetido y habitualmente prolongado y/o a altas dosis, consumo de nicotina
2.	Los síntomas y signos son compatibles con las características conocidas del síndrome de abstinencia a la nicotina
3.	Los síntomas o signos no se justifican por ninguna enfermedad médica no relacionada con el uso de nicotina, ni tampoco por otro trastorno mental o del comportamiento
B.	Dos de los siguientes signos deben estar presentes.
1.	Deseo imperioso de tabaco (o de productos que contienen nicotina)
2.	Malestar o debilidad
3.	Ansiedad
4.	Humor disfórico
5.	Irritabilidad o inquietud
6.	Insomnio
7.	Aumento de apetito
8.	Aumento de la tos
9.	Ulceraciones bucales
10.	Dificultad en la concentración

Fuente: OMS, 1992.

Y, por último, en lo que respecta a la intoxicación, al revés de lo que ocurre en el DSM-5 donde no se especifica, la CIE-10 sí que establece unos criterios diagnósticos para la intoxicación a la nicotina. Para poder diagnosticar intoxicación por nicotina, según esta clasificación, primero se deben cumplir los criterios generales de intoxicación aguda que se contemplan para el resto de las drogas y que serían:

1. Debe haber evidencia clara de consumo reciente de nicotina en dosis lo suficientemente elevada como para poder dar lugar a una intoxicación.
2. Debe haber síntomas o signos compatibles con los efectos de la nicotina y de la suficiente gravedad como para provocar alteraciones en el nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el estado afectivo o el comportamiento clínicamente relevante.

3. Los signos y síntomas no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de nicotina, ni por otro trastorno mental o del comportamiento.

A parte de estos criterios generales de intoxicación, la CIE-10 establece la necesidad de que exista un comportamiento alterado o anormalidades perceptivas así como una serie de signos que se pueden apreciar en la Tabla 7.

5.3. Datos epidemiológicos

5.3.1. Prevalencia de consumo según tipo de trastorno mental

En nuestro país, se considera que alrededor de un 9% de la población padece en la actualidad algún tipo de trastorno mental y algo más del 25% lo padecerá a lo largo de su vida. El trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor seguido de la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia. Se estima que alrededor de unas 400.000 personas sufren esquizofrenia, creyéndose que otras muchas está aún por diagnosticar (Asociación Mundial de Psiquiatría, 2007; Haro et al., 2006)

Tabla 7. Criterios CIE-10 para la intoxicación por nicotina

A.	Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda
B.	Debe existir un comportamiento alterado o anormalidades perceptivas como se manifiesta por alguno de los siguientes: <ol style="list-style-type: none">1. Insomnio2. Sueños extraños3. Labilidad del humor4. Desrealización5. Interferencia en el funcionamiento personal
C.	Debe estar presente al menos uno de los siguiente signos: <ol style="list-style-type: none">1. Náuseas o vómitos2. Sudoración3. Taquicardia4. Arritmias cardiacas

Fuente: OMS 1992.

Los primeros datos que pusieron de manifiesto la gravedad del consumo de tabaco en las personas con trastornos mentales fue el estudio NCS (*National Comorbidity Survey*) realizado en Estados Unidos entre 1990 y 1992 el cual se llevó a cabo para examinar la comorbilidad entre el abuso de tóxicos y otros trastornos mentales (Kessler, 1994). En esta encuesta se demostró que, a pesar de que la prevalencia de la población general iba disminuyendo, se estaba produciendo un considerable aumento de la prevalencia de fumadores entre las personas con trastornos mentales, existiendo una relación directamente proporcional entre la gravedad de la patología psiquiátrica y la gravedad de la dependencia al tabaco.

Las personas con trastornos mentales tienen más probabilidades de convertirse en fumadores que las personas que no los padecen, observándose una prevalencia superior de tabaquismo en estos fumadores respecto a la población general. Así, mientras que actualmente la prevalencia de tabaquismo en población general es del 24%, la de los fumadores con trastornos mentales es del 37% pero puede llegar hasta un 95% cuando coexisten distintos tipos de diagnósticos (Instituto Nacional de Estadística, 2013; NHS Information Centre for Health and Social Care, 2007; Stockings, et al., 2013). Los porcentajes de fumadores van variando dependiendo del tipo de trastorno mental que se padezca (Tabla 8) de tal forma que se observan mayores prevalencias de consumo de tabaco entre aquellas personas diagnosticadas de algún trastorno psicótico mientras que las menores están en los fumadores diagnosticados de trastornos de la conducta alimentaria. Como puede observarse en la tabla el aumento de la prevalencia de tabaquismo se relaciona con la gravedad de la patología diagnosticada. Esta relación entre un mayor consumo de tabaco y la gravedad de la psicopatología también puede apreciarse en las variaciones en el consumo de tabaco según la medicación psiquiátrica que el fumador con trastorno mental tiene prescrita (Tabla 9).

Tabla 8. Prevalencia de tabaquismo según diagnóstico de trastorno mental

Diagnóstico	Prevalencia tabaquismo (95% C.I.)*
Cualquier tipo de trastorno mental	33,0 [30,2–35,8]
Episodio depresivo	39,8 [33,2–46,8]
Trastornos fóbicos	42,8 [34,0–50,1]
Trastorno de ansiedad generalizada	37,4 [31,9–43,4]
Trastorno obsesivo compulsivo	40,2 [28,3–53,5]
Trastorno de pánico	28,9 [19,6–40,4]
Trastorno mixto ansiedad y depresión	31,1 [27,1–35,3]
Trastornos psicóticos	56,0 [33,3–76,3]
Trastorno por estrés postraumático	40,4 [33,1–48,2]
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	39,1 [23,4–57,5]
Trastorno por consumo de sustancias	62,3 [55,8 – 68,9]

Fuente: adaptación propia a partir del original Kessler, 2004 y NHS, Information Centre for Health and Social Care, 2007. . *CI: Intervalo Confidencial.

Tabla 9. Prevalencia de tabaquismo según tipo de tratamiento farmacológico utilizado

Tipo de medicación	Prevalencia tabaquismo (95% C.I.)*
Antipsicóticos	59,2 [41,3–75,0]
Litio	30,2 [28,5–32,0]
Antidepresivos	33,8 [28,9–39,1]
Ansiolíticos	41,6 [30,0–54,3]

Fuente: adaptación propia a partir del original Royal College of Physicians, 2013. *CI: Intervalo Confidencial.

Por otra parte, la cantidad de tabaco consumida así como el porcentaje de fumadores aumenta considerablemente cuando al diagnóstico de cualquier trastorno mental se une el consumo de otras sustancias, observándose este hecho no sólo en el momento en que se está consumiendo sino también incluso cuando la persona ha dejado de tomar sustancias de abuso (Mackowick, et al., 2012). En el año 2007 se llevó a cabo la Encuesta Australiana de Salud Mental y Bienestar realizada con una muestra de 8.841 adultos con edades comprendidas entre

los 16 y los 85 años (Australian Bureau of Statistics, 2008). Entre otros datos, esta encuesta domiciliaria mostró como aumentaba la prevalencia de consumo de tabaco en personas diagnosticadas de trastornos de ansiedad o trastornos del estado de ánimo que además consumían otras drogas. En la Tabla 10 se pueden apreciar los datos de consumo de tabaco por grupos de edad y sexo en personas con diagnosticadas en los últimos doce meses de trastorno de ansiedad o trastorno del estado de ánimo que consumen sustancias, con los datos de consumo de tabaco en personas con estos diagnósticos que no son consumidores de otras drogas así como los datos de prevalencia de tabaquismo en fumadores sin diagnóstico de trastorno mental.

Respecto a la relación entre la adicción al tabaco en personas con trastornos mentales y el consumo de sustancias, finalmente comentar que también se aprecia el efecto inverso, esto es, en las personas con trastornos mentales se observa una relación entre un mayor consumo de tabaco y la ingesta de alcohol, cannabis, cocaína o heroína (Kelly, et al., 2011).

5.3.2. Prevalencia de consumo por edad y sexo

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) es una investigación periódica que desde hace 25 años recoge información sanitaria relativa a toda la población española sobre el estado de salud, los determinantes personales, sociales y ambientales que determinan la salud y el uso de servicios sanitarios (Instituto Nacional de Estadística, 2013). Tiene una periodicidad quinquenal, alternándose cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud. La última encuesta realizada se llevó cabo entre los años 2011 y 2012 y se publicó en marzo de 2013. Según esta última encuesta, el 27.9% de los hombres y el 20,2% de las mujeres son fumadores diarios, siendo fumadores ocasionales el 3,5% de los hombres y el 2,6% de las mujeres. Esta mayor prevalencia de consumo de tabaco en los hombres se produce en todos los grupos de edad, aunque en el rango comprendido entre los 15 y los 24 años las distancias entre los dos grupos se reducen (22,5% de fumadores y 21% de fumadoras) lo que indica la tendencia

Tabla 10. Prevalencia de tabaquismo en personas con trastornos de ansiedad y trastornos afectivos con y sin consumo de otras sustancias por grupos de edad y género

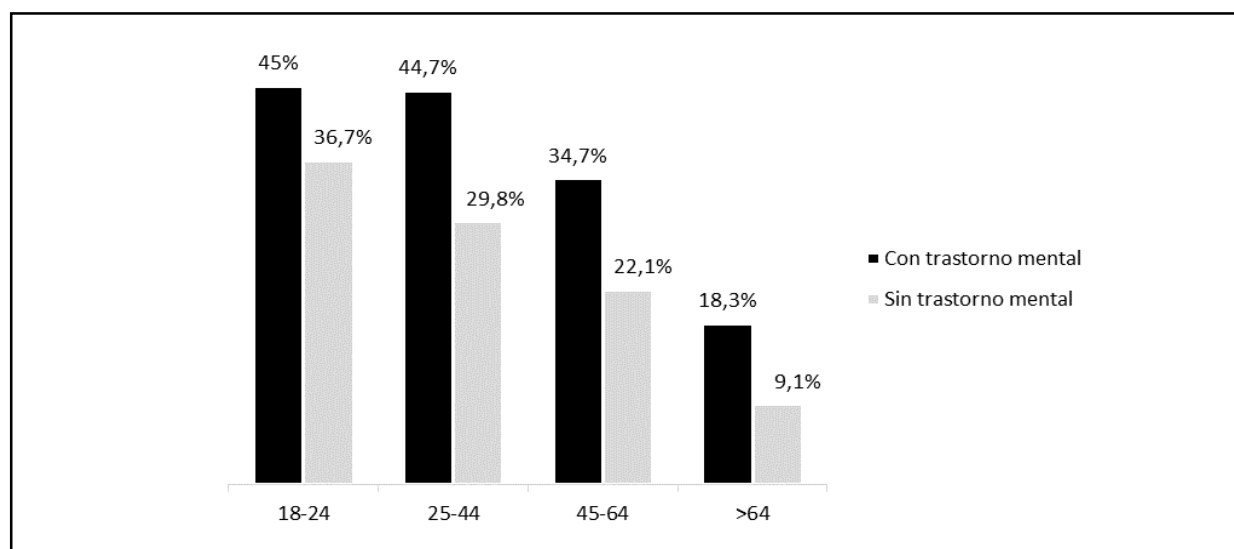
Diagnóstico	Prevalencia tabaquismo (95% C.I.)*
Varones 18-34 años	
Trastorno de ansiedad con consumo de sustancias	63,4 [40,4 – 86,3]
Trastornos de ansiedad sin consumo de sustancias	33,5 [20,6 – 46,5]
Trastorno afectivo con consumo de sustancias	72,6 [44,5 – 100,0]
Trastornos afectivos sin consumo de sustancias	46,2 [23,9 – 68,5]
Sin diagnóstico de trastorno mental	26,5 [22,1 – 30,9]
Varones 35-54 años	
Trastorno de ansiedad con consumo de sustancias	79,9 [65,7 – 94,1]
Trastornos de ansiedad sin consumo de sustancias	25,3 [15,9 – 34,8]
Trastorno afectivo con consumo de sustancias	86,2 [72,5 – 100,0]
Trastornos afectivos sin consumo de sustancias	38,5 [22,5 – 54,6]
Sin diagnóstico de trastorno mental	24,4 [19,8 – 28,9]
Varones 55 años o más	
Trastorno de ansiedad con consumo de sustancias	7,8 [0,0 – 26,1]
Trastorno ansiedad sin consumo de sustancias	22,6 [13,9 – 31,2]
Trastorno afectivo con consumo de sustancias	95,0 [60,0 – 100,0]
Trastornos afectivos sin consumo de sustancias	25,4 [8,0 – 42,9]
Sin diagnóstico de trastorno mental	14,7 [12,3 – 17,1]
Mujeres 18-34 años	
Trastorno de ansiedad con consumo de sustancias	56,6 [39,6 – 73,6]
Trastornos de ansiedad sin consumo de sustancias	31,4 [25,4 – 37,4]
Trastorno afectivo con consumo de sustancias	62,4 [34,2 – 90,6]
Trastornos afectivos sin consumo de sustancias	36,4 [25,8 – 46,9]
Sin diagnóstico de trastorno mental	15,6 [13,0 – 18,3]
Mujeres 35-54 años	
Trastorno de ansiedad con consumo de sustancias	54,0 [21,2 – 86,8]
Trastornos de ansiedad sin consumo de sustancias	36,1 [27,0 – 45,3]
Trastorno afectivo con consumo de sustancias	75,2 [50,9 – 99,6]
Trastornos afectivos sin consumo de sustancias	45,5 [30,9 – 60,1]
Sin diagnóstico de trastorno mental	20,1 [16,3 – 24,0]
Mujeres 55 años o más	
Trastorno de ansiedad con consumo de sustancias	55,5 [20,0 – 85,0]
Trastorno ansiedad sin consumo de sustancias	14,8 [7,9 – 21,7]
Trastorno afectivo con consumo de sustancias	50,0 [10,0 – 90,0]
Trastornos afectivos sin consumo de sustancias	13,3 [3,6 – 23,0]
Sin diagnóstico de trastorno mental	10,5 [8,6 – 12,3]

Fuente: adaptación propia partir del original Australian Bureau of Statistics, 2008. *CI: Intervalo Confidencial

observada desde hace algunas décadas de aumento progresivo del consumo de tabaco en las mujeres. Las mayores tasas de prevalencia de tabaquismo en los hombres se observan en los fumadores que tienen entre 25 y 34 años (35,7%) mientras que en las mujeres se aprecian entre las fumadoras de entre 45 y 54 años (30%). La edad media de inicio del consumo de tabaco es de 17,2 años, siendo menor para los hombres (16,7 años) que para las mujeres (17,9 años).

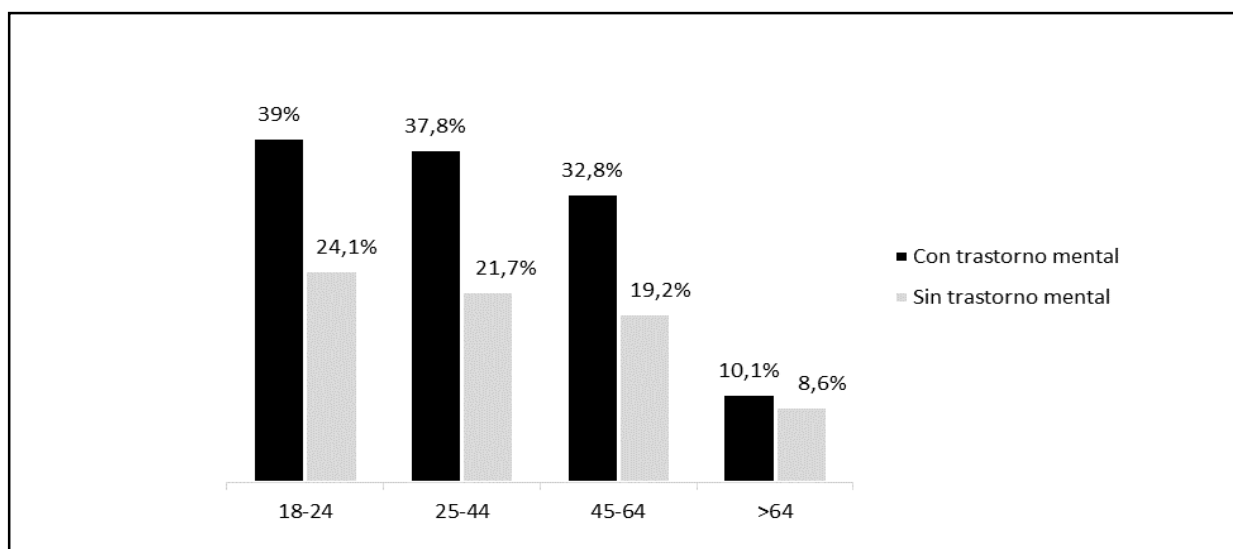
En la actualidad no disponemos de datos españoles oficiales respecto a la prevalencia de los fumadores con trastornos mentales. Basándonos en encuestas de salud realizadas en otros países, podemos afirmar que esta mayor prevalencia de consumo de tabaco en los hombres se produce también en este tipo de fumadores. Según los resultados de la *National Survey on Drug Use and Health* realizada en Estados Unidos a población adulta entre los años 2009-2011, el porcentaje de hombres con trastorno mental que son fumadores es del 39,6% frente al 33,8% de las mujeres (Substance Abuse and Mental Health Services Administration , 2012). En la Figura 1 y en la Figura 2 se pueden apreciar estas diferencias en datos de consumo de tabaco en hombres y mujeres con y sin trastorno mental por diferentes grupos de edad.

Figura 1. Porcentaje de hombres fumadores con y sin trastorno mental según grupos de edad



Elaborada a partir de National Survey on Drug Use 2009-2011 (Substance Abuse and Mental health Services Administration, 2012)

Figura 2. Porcentaje de mujeres fumadoras con y sin trastorno mental según grupos de edad



Elaborada a partir de National Survey on Drug Use 2009-2011 (Substance Abuse and Mental health Services Administration, 2012)

El elevado consumo de tabaco es especialmente problemático en los fumadores jóvenes con trastornos mentales. Un estudio reciente llevado a cabo en Australia (Lawrence, Mitrou y Zubrick, 2009), ha puesto de manifiesto que un 72% de los jóvenes con trastornos de conducta habían fumado en el último mes, al igual que un 46% de los que estaban diagnosticados de un trastorno depresivo mayor y un 38% de los que tenían un trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Además, y según este estudio, las personas jóvenes con trastornos mentales empiezan a fumar antes, progresan más rápidamente a un consumo diario de tabaco y fuman más cantidad de cigarrillos al día en comparación con los fumadores jóvenes sin trastornos mentales (Lawrence, Mitrou y Zubrick, 2009).

5.3.3. Datos de consumo y dependencia

Además de existir mayor número de fumadores dentro de la población con trastornos mentales, en estos fumadores se observa mayor dependencia a la nicotina que en los fumadores de la población general y un mayor consumo de cigarrillos diarios estimándose que la media de cigarrillos día se sitúa en torno a 25 y puede llegar a 30,4 cigarrillos al día en personas con trastornos mentales de mayor gravedad (Baker, et al., 2007). Un dato relevante lo podemos

observar en el consumo de tabaco por parte de la población con trastornos mentales en Estados Unidos. En este país, el 7,1% de la población tiene algún tipo de trastorno mental y ese pequeño porcentaje se fuma el 34,2% de los cigarrillos consumidos en todo el país (Grant, Hasin, Chou, Stinson y Dawson, 2004).

Por otro lado, se cree que los fumadores determinadas con psicopatologías ingieren mayores cantidades de nicotina que el resto de fumadores. Así, se han podido observar mayores niveles de cotinina, un metabolito de la nicotina, en orina en fumadores diagnosticados de esquizofrenia que en fumadores sin este diagnóstico, lo que sugiere que los fumadores con esquizofrenia tienen un mayor consumo de nicotina relacionado probablemente con la realización de inhalaciones más profundas al fumar (Olinicy, Young y Robert , 1997).

La probabilidad de desarrollar dependencia a la nicotina es mayor en fumadores con trastornos mentales, con una relación directa entre el número e intensidad de los síntomas psiquiátricos y la gravedad de la dependencia. De hecho, se estima que alrededor del 60% de los fumadores con diagnóstico de esquizofrenia obtienen puntuaciones elevadas en FNTD correspondientes con una dependencia a la nicotina elevada o muy elevada (puntuaciones superiores a seis puntos). Los fumadores con otras psicopatologías comienzan a fumar antes y es frecuente que encuentren mayores dificultades al dejar de fumar, con cuadros de síndrome de abstinencia a la nicotina más intensos y prolongados. Suelen tener tasas de cese de consumo más bajas, más recaídas y de mayor duración por lo que la intervención con este tipo de fumadores requiere de un abordaje más intenso y especializado, adaptado a sus particularidades clínicas (Ballbè y Gual, 2012; John, Meyer, Rumpf y Hapke, 2004; Olivera, Siqueira, Santos y Furegato, 2014).

Es importante señalar también que este elevado consumo de tabaco y la gravedad de la dependencia a la nicotina están altamente relacionados con el gasto económico, de tal forma

que los fumadores con trastornos mentales emplean una elevada proporción de sus ingresos en cigarrillos, prefiriendo gastar su dinero en el consumo de tabaco antes que en otros productos de necesidad básica como comida o ropa o en la realización de actividades de ocio. Teniendo en cuenta que muchos de estas personas tienen unos ingresos económicos muy limitados, el gasto en consumo de tabaco supone empeorar todavía más su calidad de vida (Lawn, 2001; Steinberg, Williams y Ziedonis, 2004). De hecho, el tener una menor independencia económica así como el control del gasto diario de dinero por parte de la familia se han mostrado factores cruciales en el control del consumo de tabaco en las personas con esquizofrenia (Srinivasan y Thara, 2002).

Por último, existen diversos estudios que han analizado los factores predictores de un mayor consumo de tabaco así como del desarrollo de una dependencia a la nicotina más elevada en los fumadores con psicopatología (Cooper, et al., 2012; Heffner, DelBello, Fleck, Anthenelli y Strakowski, 2008; Kreinin, Noviski, Rabinowitz, Weizman y Grinshpoon, 2012; Milani, et al., 2012; Zhang, et al, 2012). Parece existir acuerdo en que éstos serían los siguientes:

- Ser varón.
- Ser mayor edad.
- Tener una edad de inicio de consumo de tabaco temprana.
- Tener menor nivel socioeconómico y/o estar desempleado.
- Consumir otras sustancias de abuso.
- Tener mayor sintomatología depresiva y haber realizado más intentos autolíticos.

5.4. Morbimortalidad por consumo de tabaco en personas con trastornos mentales

El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo. La OMS estima que en el año 2030 las muertes debidas al consumo de tabaco serán de unos diez millones de personas. Actualmente, es el responsable de una de cada diez muertes ocurridas en el mundo y probablemente en ese año 2030 lo llegará a ser de una de cada seis. En la actualidad, está relacionado con el 12% de todas las muertes ocurridas en el mundo en personas de 30 o más, aumentando cada vez más las muertes producidas en los países en vías de desarrollo (World Bank, 1999; World Health Organization, 2012). Recientemente se ha publicado un informe en Estados Unidos llevado a cabo por investigadores del CDC (Centers for Disease Control and Prevention) donde se analizan las consecuencias para la salud del consumo de tabaco en la población estadounidense a través de un análisis de los últimos 50 años. Entre otras conclusiones, los autores encuentran que el tabaco ha sido el responsable de la muerte de más de 20 millones de personas en Estados Unidos en estos últimos 50 años (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). La probabilidad de morir en personas fumadoras es tres veces mayor que en aquellas que nunca han fumado, disminuyendo su esperanza de vida en más de diez años. Los beneficios al dejar de fumar se traducen en años de vida ganados produciéndose estos beneficios en cualquier edad a la que se abandone el consumo. Así, se ha demostrado que las personas que dejan de fumar ganan años de vida que varían en función del momento en que se deje el consumo. Si se deja entre los 25 y los 34 años se pueden ganar hasta diez años, cuando el abandono se produce entre los 35 y los 45 años se ganan hasta nueve años y si se deja de fumar es entre los 45 y los 54 años la ganancia es de unos seis años (Jha, et al., 2013).

El consumo de tabaco está relacionado con el desarrollo de múltiples enfermedades entre las que destacan las enfermedades cardiovasculares, las respiratorias y diferentes tipos de cáncer. En muchas ocasiones este consumo es responsable directo del exceso de mortalidad por

una enfermedad, en otras es uno de los elementos que contribuyen a ella y, a veces, se observa que epidemiológicamente existe un mayor riesgo de padecer una enfermedad determinada en fumadores, aunque no se haya demostrado una relación directa (Tabla 11).

Tabla 11. Enfermedades asociadas al consumo de tabaco

Asociación causal directa: tabaquismo como principal responsable	
Cáncer de pulmón	EPOC (incluido enfisema)
Enfermedad vascular periférica	Cáncer de laringe
Cáncer de cavidad oral	Cáncer de esófago
Asociación causal directa: tabaquismo es uno de los responsables	
Enfermedad coronaria	Accidente cerebro-vascular
Aneurisma aórtico	Cáncer de vejiga
Cáncer de riñón	Cáncer de páncreas
Cáncer cuello útero	Mortalidad perinatal
Mayor riesgo: se desconoce la naturaleza exacta de la asociación	
Cáncer de estómago	Cáncer de hígado
Úlcera gástrica y duodenal	Neumonía
Muerte súbita del lactante	

Fuente: Ayesta ,Ayesta, Azabal y Rodríguez , 2010.

En el año 2006 se llevó a cabo un importante estudio en nuestro país para determinar las causas de muerte en fumadores mayores de 35 años. Este estudio determinó que el tabaco era el responsable del 14% de todas las muertes en este grupo de población, alcanzándose la cifra de 53.155 muertes atribuibles al tabaquismo en ese año. La Tabla 12 muestra el número de muertes en estos fumadores por diferentes enfermedades (Banegas, et al., 2011).

Tabla 12. Causa de muerte y número de muertes en fumadores españoles con edades ≥ 35 años en el año 2006

Causa de muerte	Número de muertes
Cualquier tipo de cáncer	25 ,058
Cáncer de pulmón	16 ,482
Cualquier tipo de enfermedad cardiovascular	17 ,560
Cardiopatía isquémica	6 ,263
Infarto cerebral	4 ,283
Cualquier tipo de enfermedad respiratoria	11 ,537
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	9 ,886
Total muertes atribuibles al tabaco	53 , 155

Fuente: Banegas, et al., 2011.

Informes realizados sobre morbilidad en personas con trastornos mentales ponen de manifiesto que estas personas mueren alrededor de 25 años antes que el resto de la población general. Este incremento en la mortalidad está relacionado con distintas enfermedades cuya causa son factores de riesgo modificables como la obesidad, el consumo de sustancias, la falta de ejercicio físico y el tabaquismo (Tabla 13) apareciendo en mayor proporción en la población que padece un trastorno mental que en las personas sin trastornos mentales (Parks, Svendsen, Singer y Foti, 2006)

Tabla 13. Factores de riesgo cardiovascular en personas con esquizofrenia y con trastorno bipolar

Factor de riesgo	Prevalencia estimada	
	Esquizofrenia	Trastorno Bipolar
Obesidad	45-55%	26%
Tabaquismo	50-80%	55%
Diabetes	10-14%	10%
Hipertensión	$\geq 18\%$	15%

Fuente: Parks, Svendsen, Singer y Foti, 2006.

El 60% de las muertes prematuras en personas con esquizofrenia están relacionadas con enfermedades cardiovasculares, respiratorias o infecciosas. Se estima que la prevalencia de enfermedad obstructiva crónica en personas con esquizofrenia es de un 31 % y de enfermedad cardiovascular del 27%. El riesgo de morir por una enfermedad respiratoria es de hasta 10 veces mayor que en personas sin el diagnóstico de esquizofrenia. También existe un mayor riesgo de morir por algún tipo de patología cardiovascular, especialmente por enfermedad coronaria, así como de hacerlo debido a padecer enfermedades oncológicas. Además, estas personas tienen hasta dos veces mayor probabilidad de presentar obesidad o diabetes que el resto de la población. El tabaquismo es un factor de riesgo en sí mismo para padecer ciertas enfermedades en personas con trastorno mental y, a su vez, contribuye a incrementar este riesgo al multiplicarse a esos otros factores presentes como son la obesidad y la diabetes (Joukamaa, et al., 2001; Hert, et al., 2011; Osby, Correia, Brandt, Ekbom y Sparen, 2000).

Por último, cabe destacar una reciente revisión que pone de manifiesto cómo, al dejar de fumar no sólo se ganan años de vida o se previenen múltiples enfermedades sino que también se produce una mejora significativa la salud mental. Se revisaron un total de 26 investigaciones que analizaban los niveles de ansiedad, depresión, estrés, calidad de vida y afecto positivo en fumadores que iban a dejar de fumar y en otros que querían continuar fumando. Tras establecer una línea base, se vio la evolución de estas variables durante un periodo de tiempo que comprendía entre seis semanas y nueve años. Observaron que el abandono de consumo de tabaco se relacionaba con una reducción en la depresión, la ansiedad y el estrés así como con un estado de ánimo más positivo y una mejor calidad de vida, existiendo diferencias significativas entre las personas que habían dejado de fumar y aquellos que continuaban fumando. El tamaño del efecto encontrado se observó tanto en personas con trastornos mentales como en población general y vieron que este efecto en el estado de ánimo

era igual o mayor al de los antidepresivos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión (Taylor, et al., 2014).

5.5. Modelos explicativos de la comorbilidad entre el tabaquismo y los trastornos mentales

Existen múltiples investigaciones que han tratado de establecer el motivo de esta elevada correlación entre el consumo de tabaco y el padecer un trastorno mental. De estos estudios se extraen tres posibles hipótesis explicativas:

5.5.1. Hipótesis de la automedicación

Según esta hipótesis, lo primero en aparecer sería el trastorno mental y el consumo de tabaco sería una consecuencia del primero de tal forma que el fumador con trastorno mental utilizaría la nicotina para aliviar sus síntomas o paliar los efectos de algunas medicaciones. Como se ha comentado previamente, el consumo de nicotina hace que se incremente la liberación sináptica de algunos neurotransmisores como son la dopamina y la noradrenalina. En el caso de la esquizofrenia, el déficit de actividad dopaminérgica prefrontal relacionado con los síntomas negativos característicos de este trastorno se vería atenuado con el consumo de nicotina, lo que explicaría en parte la alta prevalencia de consumo de tabaco entre estos fumadores. Sin embargo, aunque esto es así inicialmente, se ha observado que el uso crónico de la nicotina tiene un efecto contrario al uso agudo de la misma, esto es, disminuye la liberación de dopamina. Algunos autores han postulado que la acción de la nicotina sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia podría estar relacionado con este uso crónico y estaría relacionada con la corrección de la disociación córtico-subcortical de la actividad dopaminérgica asociada a la esquizofrenia (Patkar, Gopalakrishnan, Lundy, Leone, Certa y Weinstein, 2002). Esta hipótesis también incluiría la posible mejoría de los efectos secundarios de algunos fármacos antipsicóticos. El consumo de tabaco podría aliviar algunos de estos

efectos como son la sedación, la disminución de la actividad motriz, la falta de atención y concentración, alteraciones de la memoria, mareo o hipotensión (Martínez, Gurpegui, Díaz y León, 2004).

Respecto a otros trastornos como es el caso del trastorno depresivo mayor esta hipótesis explicaría la capacidad de la nicotina para aliviar algunos de los síntomas relacionados con la depresión debido a la acción que ésta ejerce en el sistema dopaminérgico mesolímbico de recompensa. Además, algunos antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, los antidepresivos tricíclicos y el bupropion han demostrado tener efecto sobre los receptores nicotínicos. Algunos autores han propuesto que la relación entre la nicotina y la depresión es debida a que la nicotina modularía la actividad de este sistema dopaminérgico de recompensa que sería disfuncional en las personas con este trastorno afectivo. (Cárdenas, et al., 2002)

Es difícil encontrar ensayos clínicos que justifiquen esta hipótesis y con los estudios que existen hoy en día es difícil refutarla por completo, entre otras razones porque se ha observado que el uso crónico de la nicotina tiene un efecto contrario al uso agudo de la misma, esto es, disminuye la liberación de dopamina. De hecho los estudios clínicos que existen parecen en otra dirección, como lo demuestra una amplia revisión realizada recientemente en la que se demuestra que las personas con esquizofrenia no sufren un empeoramiento de su estado mental cuando dejan de fumar (Tsoi, Portal y Webster, 2013).

5.5.2. Hipótesis neuroquímica

Esta hipótesis plantea que lo primario sería el uso de la nicotina, de tal manera que los fumadores tendrían más probabilidad de desarrollar un trastorno mental. Se plantea que la exposición crónica al uso del tabaco podría desensibilizar receptores nicotínicos los cuales, durante el neurodesarrollo, podrían volverse disfuncionales. Existen alguna evidencia de que

hay relación entre el tabaquismo y la incidencia de un primer episodio de un trastorno mental, encontrándose aumento en el riesgo de tener un tipo de estos trastornos en fumadores que previamente no los habían padecido (Cujipers, Smit, Have, y Graaf, 2007).

Hasta hace poco tiempo, y al contrario de los que sucede en con el cannabis, no se había demostrado que fumar tabaco fuera un posible factor causal de la esquizofrenia. Si existía algún estudio (Zammit, et al., 2009) que planteaba el que se produce un incremento en el riesgo de padecer síntomas psicóticos durante la adolescencia en hijos de madres que fumaron durante el embarazo. Un reciente meta-análisis que incluye 65 estudios caso-control ha aportado datos más concluyentes a favor de esta hipótesis, poniendo de manifiesto que el uso diario de tabaco está relacionado con el riesgo de tener un trastorno psicótico, que fumar tabaco se relaciona con el desarrollo temprano de los trastornos psicóticos y que el inicio temprano del consumo de tabaco incrementa el riesgo de desarrollar este tipo de trastornos (Gurillo, Jauhar, Murray y MacCabe, 2015).

Respecto a los trastornos del estado de ánimo, es frecuente observar síntomas depresivos en las personas que dejan de fumar, y, en algunos casos, se ha observado que esta sintomatología llega a requerir tratamiento farmacológico en personas que previamente no tenían ningún tipo de trastorno del estado de ánimo. Según esta hipótesis, esto se explicaría debido a que el uso crónico de nicotina causaría una alteración de los neurotransmisores que regulan el afecto por lo que al dejar de consumir esta sustancia aparecería la sintomatología depresiva. Además las personas que tienen trastornos depresivos suelen haberse convertido en fumadores habituales antes de desarrollar su primer episodio depresivo como sucede igualmente en las personas con esquizofrenia que suelen empezar a fumar antes del primer brote psicótico (Gurrea y Pinet, 2004).

Se ha debatido mucho sobre la posibilidad de que la nicotina sea un factor de riesgo para la conducta suicida. En esta línea, un estudio realizado en Canadá por la Universidad de Saskatchewan utilizó la Encuesta Nacional de Alcohol y Condiciones Relacionadas Wave 2 (NESARC 2004-2005) así como una encuesta domiciliaria realizada a la población adulta y, mediante un análisis de regresión múltiple, examinaron la relación entre los intentos de suicidio y el diagnóstico de dependencia a nicotina según el DSM-IV. Encontraron que, independientemente de que existiera un trastorno mental o una enfermedad física comórbida, la dependencia a la nicotina se asociaba a los intentos de suicidio, atenuándose esta relación cuando la persona dejaba de fumar (Yaworski, Robinson, Sareen y Bolton, 2011).

5.5.3. Hipótesis de la vulnerabilidad común

La hipótesis de la vulnerabilidad común es la que está recibiendo mayor apoyo en los últimos años. Plantea que ninguno de los dos factores predispone al otro sino que existen terceros factores que pueden favorecer que se desarrolle tanto la dependencia a la nicotina como el otro trastorno mental. Un informe llevado a cabo en Estados Unidos en 2010 por el NIDA (National Institute of Drug Abuse) recoge estos factores de vulnerabilidad común, destacando los aspectos genéticos, biológicos y ambientales compartidos como se aprecia a continuación (National Institute of Drug Abuse, 2010):

- La superposición de vulnerabilidades genéticas: según esta hipótesis, existirían determinados factores genéticos en algunos sistemas de neurotransmisión que podrían predisponer a que una persona desarrollara tanto la adicción al tabaco como a otro trastorno mental o que se tenga un mayor riesgo para desarrollar un segundo trastorno una vez ha aparecido el primero. Algunos estudios estiman que hasta un 40-60% de la vulnerabilidad de una persona para desarrollar una adicción está relacionada con factores genéticos, surgiendo la mayoría de esta vulnerabilidad de

complejas interacciones entre múltiples genes y las interacciones de los factores genéticos con las influencias ambientales. En algunos casos el factor genético puede influir directamente pero los genes también pueden influir de una forma indirecta mediante la forma en que una persona responde al estrés o tiene mayor probabilidad de asumir conductas de riesgo. Se han realizado diversos estudios con gemelos como el llevado a cabo en 1993 por Kendler y colaboradores (Kendler, et al., 1993) quienes que cuando existe una historia familiar de depresión mayor, aumenta el riesgo de tabaquismo y que cuando existe una historia familiar de tabaquismo aumenta el riesgo de tener un trastorno depresivo. Los autores concluyen que la relación entre ambos trastornos está mediada por factores familiares de base genética.

- La participación de áreas cerebrales similares: el consumo de tabaco y otros trastornos mentales comparten áreas cerebrales afectadas. Como ya se ha descrito previamente, la dopamina está muy relacionada con los procesos adictivos y es un neurotransmisor que también está implicado en la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos mentales. Así mismo, las vías dopaminérgicas se han relacionado con la forma en que el estrés puede incrementar la vulnerabilidad a desarrollar una dependencia. El estrés es también un conocido factor de riesgo para muchos trastornos mentales por lo que puede proporcionar un enlace biológico común entre la adicción y los otros problemas de salud mental.
- Además de estos factores propuestos en este informe, también se han propuesto factores comunes de riesgo psicosocial como son el bajo nivel económico y educativo, el desempleo o la falta de apoyo social, así como las situaciones de estrés

o trauma que pueden favorecer tanto el desarrollo de esta dependencia como el de otros trastornos mentales (Royal Collage of Physicians, 2013).

5.6. Tabaquismo en trastornos mentales específicos

5.6.1. Trastornos de ansiedad

La última versión del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ha realizado algunas modificaciones en lo referido a este tipo de trastornos, dividiendo el grupo que se proponía en ediciones anteriores en trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados y trastornos relacionados con el estrés y los traumas. En la Tabla 14 se pueden observar los trastornos de ansiedad que incluye esta última versión DSM-5 y los que antes pertenecían a ella y ahora se contemplan en otros apartados.

El proyecto ESEMeD-España es un estudio epidemiológico de los trastornos mentales en España. Se trata de una encuesta domiciliaria realizada a 5.473 personas mayores de 18 años y cuya recogida de datos fue realizada entre los años 2001-2002. En él se presentan datos de prevalencia-año y prevalencia-vida de los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y el consumo de alcohol. Si consideramos los datos de prevalencia-año que aparecen en este estudio, los trastornos de ansiedad como grupo de trastornos son los trastornos mentales más frecuentes dentro de la población española, siendo ésta de un 6,2% de la población con una frecuencia de aparición mayor en mujeres que en hombres (7,6% frente a un 2,5%). Alrededor de un 9% de la población sufrirá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida, y esta prevalencia suele incrementarse debido a la frecuencia con que aparecen juntos varios de estos trastornos (Haro, et al., 2006). El consumo de tabaco entre las personas que tienen problemas de ansiedad es muy elevado y se ha observado que éste se sitúa en torno al 30-40%, pudiendo aumentar si el trastorno de ansiedad se asocia a otro tipo de trastornos como son la dependencia a sustancias donde la prevalencia de tabaquismo aumenta considerablemente (Kessler, 2004).

Tabla 14. Trastornos de ansiedad y otros trastornos relacionados en el DSM-5

Trastornos de ansiedad
<p>Fobias Específicas 330.29: Animal (F40.218), Entorno natural (F40.228), Sangre-inyección-lesión (F40.230), Miedo a la sangre (F40.230), Miedo a las inyecciones y transfusiones (F40.231), Miedo a otra atención médica (F40.232), Miedo a una lesión (F40.233), Situacional (F40.248), Otra 8F40.298).</p> <p>Trastorno de ansiedad social 300.23 (F40.10).</p> <p>Trastorno de pánico 300.01 (F41.0).</p> <p>Agorafobia 300.22 (F40.00).</p> <p>Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1).</p> <p>Trastorno de ansiedad de separación 309.21(F93.0)</p> <p>Mutismo selectivo 313.23 (F94.0).</p> <p>Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos 300.02 (F41.1)</p> <p>Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica 293.84 (F06.4)</p> <p>Trastorno de ansiedad no especificado 300.09 (F41.8)</p> <p>Otro trastorno de ansiedad especificado</p>
Trastornos incluidos en otros apartados
<p>Trastornos obsesivos-compulsivos y trastornos relacionados</p> <p>Trastornos relacionados con el estrés y los traumas</p>

Fuente: APA, 2013.

Existen diversos trabajos que han encontrado una relación entre el consumo de tabaco y la probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad. Uno de esos estudios es el que llevaron a cabo Johnson y colaboradores (Johnson, et al., 2000) quienes realizaron una investigación con adolescentes en los que evaluaban tanto la prevalencia de consumo de tabaco como la presencia o no de otros trastornos mentales a los 16 años y posteriormente a los 22 años. Encontraron una relación entre fumar 20 o más cigarrillos durante la adolescencia y desarrollar un trastorno de ansiedad en la edad adulta, concretamente trastornos de ansiedad generalizada, trastornos de pánico y agorafobia.

Por otro lado, también existen múltiples investigaciones que asocian el inicio del consumo de tabaco y el mantenimiento de la dependencia con el padecer un trastorno de

ansiedad previo. Así, se ha encontrado que aumenta la probabilidad de iniciar el consumo de tabaco así como la transición de un consumo esporádico a un consumo diario y a desarrollar dependencia a la nicotina si se padece algún trastorno de ansiedad previo como agorafobia, fobia social y fobia específica así como otros trastornos relacionados como el trastorno por estrés postraumático (Breslau, Novak y Kessler, 2004). Estos datos también se han encontrado en estudios longitudinales como el realizado por Costello y colaboradores con 4.500 niños (9, 11 y 13 años) en el que se observó que los niños de ambos géneros con algún tipo de trastorno de ansiedad tenían mayor probabilidad de convertirse en fumadores que los que no tenían estos trastornos (Costello, Erkanli, Federan y Angold, 1999).

En definitiva, múltiples estudios relacionan los trastornos de ansiedad con el tabaquismo. Sin embargo, existe una variabilidad importante en la literatura existente debida la heterogeneidad de los estudios realizados y sus características variando los resultados en función del tipo de estudio llevado a cabo (transversal o longitudinal), la forma de selección de la muestra o los criterios diagnósticos utilizados. Revisiones recientes concluyen que existe evidencia para afirmar que elevados niveles de estrés favorecen tanto el inicio como el mantenimiento del consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina, incrementando el riesgo de tener un trastorno de pánico y un trastorno de ansiedad generalizada, mientras que los resultados sobre la posibilidad de desarrollar dependencia a la nicotina por padecer un trastorno de ansiedad previo todavía son inconsistentes (Moylan, Jacka, Pascoo y Berk, 2012; Wood, Cano-Vindel, Iruarrizaga, Dongil y Salguero, 2010).

Respecto a los factores subyacentes a esta relación entre el tabaquismo y los trastornos de ansiedad Ziedonis y colaboradores (Ziedonis et al., 2008) han recogido aquellos que han recibido mayor apoyo empírico:

- La participación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal: implicado en la respuesta al estrés, este eje está relacionado con el desarrollo de la tolerancia a la nicotina y se sabe que responde tanto a la administración como a la privación de esta sustancia. Se encuentra asociado al trastorno de estrés postraumático y se ha hipotetizado que las elevaciones en corticosterona como respuesta al estrés y otros factores pueden aumentar tanto la tolerancia como la sensibilización a los efectos de la nicotina, incrementando la probabilidad de fumar en personas con este tipo de trastorno así como con otros trastornos de ansiedad.

- La sensibilidad a la ansiedad: la sensibilidad a la ansiedad o el “miedo al miedo” se ha conceptualizado como una predisposición cognitiva que hace que las personas con esta sensibilidad temen a las consecuencias físicas, psicológicas o sociales de las propias sensaciones de ansiedad. La sensibilidad a la ansiedad se ha relacionado con el mayor riesgo de padecer crisis de pánico en fumadores. También se ha visto que elevados niveles de sensibilidad a la ansiedad se asocian a mayores síntomas afectivos de abstinencia al dejar de fumar, mayor dificultad percibida en los intentos de cesación así con una mayor probabilidad de tener una recaída a corto plazo tras el abandono del consumo.

- El afecto negativo: se ha relacionado con el mantenimiento del consumo así como con el aumento del síndrome de abstinencia y la mayor probabilidad de sufrir una recaída al dejar de fumar. Así, durante la cesación tabáquica, incrementos rápidos e inesperados en el afecto negativo se han relacionado con la rápida progresión de un desliz a una recaída total.

- La tolerancia al malestar y persistencia en la tarea: la tolerancia al malestar es un factor altamente relacionado con el mantenimiento en la conducta de fumar, la decisión de dejarlo así como en las recaídas. Los síntomas de abstinencia a la nicotina cuando se deja de fumar pueden producir en ocasiones gran malestar que no todo el mundo tolera. Se sabe que las personas con trastornos de ansiedad tienen menor tolerancia al malestar y menor persistencia en la tarea aunque todavía no existen estudios que relacionen estos factores con el abandono del consumo de tabaco en este tipo de fumadores.
- La atención: los déficits en el procesamiento cognitivo-emocional juegan un papel importante en la relación entre la conducta de fumar y los trastornos de ansiedad. Es conocido que la nicotina tiene propiedades para mejorar la atención. Por este motivo, en personas con dificultades para mantener la atención éstas contribuyen al mantenimiento del consumo así como a las recaídas.

5.6.2. Trastornos del estado de ánimo

En la actual versión del DSM los trastornos del estado de ánimo, que anteriormente incluían los trastornos depresivos y bipolares, no se contemplan como tal si no que han sido divididos en dos categorías diagnósticas: “Trastornos depresivos “ y “Trastornos bipolares y asociados”. Estos a su vez incluyen una serie de trastornos que se exponen en la Tabla 15 y en la Tabla 16. Debido a su mayor relevancia, en este apartado se desarrollarán en mayor profundidad las relaciones entre el consumo de tabaco y la depresión (trastorno depresivo mayor) así como el trastorno bipolar.

5.6.2.1. Depresión

La depresión es un trastorno mental muy frecuente e incapacitante. En nuestro país, el episodio depresivo mayor es el trastorno mental que con mayor frecuencia aparece presentando una prevalencia-año de un 3,9% y una prevalencia-vida de un 10,5%. Tomando los datos de prevalencia-vida, los trastornos depresivos son los trastornos que como grupo tienen mayor frecuencia en la población española, observándose que un 11,4% de nuestra población padecerá un trastorno depresivo a lo largo de su vida (Haro, et al., 2006).

Tabla 15. Trastornos depresivos en el DSM-5

Trastorno depresivo mayor: <ul style="list-style-type: none">▪ Episodio único: Leve 296.21 (F32.0); Moderado 296.22 (F32.1); Grave 296.23 (F32.2); Con características psicóticas 296.24 (F32.3); En remisión parcial 296.25 (F32.4); En remisión total 296.26 (F32.5); No especificado 296.20 (F32.9).▪ Episodio recurrente: Leve 296.31 (F33.0); Moderado 296.32 (F33.1); Grave 296.33 (F33.2); Con características psicóticas 296.34 (F33.3); En remisión parcial 296.35 (F33.41); En remisión total 296.36 (F33.42); No especificado 296.30 (F33.9).
Trastorno depresivo persistente 3004.(F34.1): Incluye el Trastorno depresivo mayor crónico y la Distimia
Trastorno de desregulación emocional disruptivo 296.99 (F34.8).
Trastorno disfórico premenstrual 625.4 (N94.3).
Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicación (._.)
Trastorno depresivo inducido por condición médica 293.83 (._.)
Otro trastorno depresivo especificado 311 (F32.8)
Trastorno depresivo no especificado 311 (F32.9)

Fuente: APA, 2013.

Tabla 16. Trastorno bipolar y trastornos relacionados en el DSM-5

<p>Trastorno bipolar I:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Episodio maniaco actual o más reciente: Leve 296.41 (F31.11); Moderado 296.42 (F31.12); Grave 296.43 (F31.13); Con características psicóticas 296.44 (F31.2.); En remisión parcial 296.45 (F31.73); En remisión total 296.46 (F31.74); No especificado 296.40 (F31.9). ▪ Episodio hipomaniaco actual o más reciente: En remisión parcial 296.45 (F31.71); En remisión total 296.46 (F31.72); No especificado 296.40 (F31.9). ▪ Episodio depresivo actual o más reciente: Leve 296.51 (F31.31); Moderado 296.52 (F31.32); Grave 296.53 (F31.4); Con características psicóticas 296.54 (F31.25); En remisión parcial 296.55 (F31.75); En remisión total 296.56 (F31.76); No especificado 296.40 (F31.9). <p>Trastorno bipolar II 296.89 (F31.81)</p> <p>Trastorno ciclotímico 301.13 (F34.0)</p> <p>Trastorno bipolar y trastorno relacionados inducidos por sustancias o medicamentos (._.)</p> <p>Trastorno bipolar y trastorno relacionados debidos a otra afección médica 293.83 (._.)</p> <p>Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificados 296.89 (F31.89)</p> <p>Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado 296.80 (F31.9)</p>
--

Fuente: APA, 2013.

La prevalencia de tabaquismo en personas con trastornos depresivos es mucho mayor que en el resto de fumadores pudiendo llegar hasta casi un 40% en personas con un episodio depresivo mayor (Kessler, 2004). Al mismo tiempo, cuando se compara a fumadores con no fumadores, los fumadores tienen mayores tasas de prevalencia de depresión a lo largo de su vida que los no fumadores. (Bresalu, Kilbay y Andreski, 1991). Esta relación entre tabaquismo y depresión es especialmente significativa en mujeres, en personas con trastornos depresivos mayores recurrentes y en fumadores con gran dependencia a la nicotina, siendo independiente de los trastornos por abuso de alcohol y los trastornos de ansiedad comórbidos. Las personas con algún tipo de trastorno depresivo suelen desarrollar mayor dependencia a la nicotina, obtienen peores resultados al dejar de fumar, tienen mayor proporción de recaídas y suelen presentar síntomas de abstinencia más intensos y de mayor duración que el resto de los fumadores (Tabla 17). La aparición de síntomas depresivos al dejar de fumar está relacionada con el aumento de la probabilidad de tener una recaída, aunque el haber padecido en algún

momento de la vida un trastorno depresivo no se ha mostrado como un factor independiente de riesgo para las recaídas (Glassman et al., 1990; Hitsman, Borrelli, McChargue, Spring y Niaura, 2003).

Tabla 17. Trastorno depresivo mayor y tabaquismo

Relación más intensa en:	Antecedentes de depresión correlacionan con:
Mujeres Trastorno depresivo mayor recurrente Alta dependencia a la nicotina	Mayor grado de dependencia Mayor probabilidad de recaída Síndrome de abstinencia más grave
Relación independiente de:	
Trastorno por abuso de alcohol Trastornos de ansiedad	

Fuente: Gurrea y Pinet, 2004.

Las principales cuestiones planteadas en estas investigaciones han sido recogidos en una amplia revisión sobre el tema y se exponen a continuación (Ziedonis, et al., 2008):

- La liberación de dopamina en el núcleo *accumbens* como resultado del consumo de tabaco al provocar efectos euforizantes que podrían disminuir los síntomas relacionados con la depresión.
- El consumo crónico de tabaco podría incrementar la susceptibilidad personal a padecer un trastorno depresivo como resultado de un mecanismo compensatorio que se debería a los cambios que se producen a nivel neurofisiológico por uso crónico de la nicotina (la exposición crónica a la nicotina desensibiliza los receptores de acetilcolina nicotínicos en el sistema límbico).
- La relación causal entre el tabaco y la depresión podría no seguir una única dirección sino que sería bidireccional, de tal forma que los síntomas depresivos

podrían ser el origen del inicio y el mantenimiento del consumo de tabaco y así mismo, el consumo crónico de nicotina podría ser motivo del desarrollo de sintomatología depresiva.

- Una última explicación sería la de que existen factores tanto genéticos como psicológicos y ambientales que podrían predisponer a desarrollar ambos trastornos. Un estudio longitudinal llevado a cabo durante 21 años en Nueva Zelanda ha puesto de manifiesto que la mayor parte de la asociación entre la depresión y el tabaquismo se debe a factores comunes de confusión asociados a ambas situaciones. A pesar de esto, y tras controlar estos factores, se sigue encontrando un nexo común de asociación entre los dos trastornos aunque todavía no está claro la dirección que sigue esta relación (Fergusson, Goodwin y Horwood, 2003).

En lo referido a los factores subyacentes a esta asociación entre los dos trastornos, se ha observado que las personas con historia de trastorno depresivo mayor son más vulnerables a los efectos de reforzamiento positivo del consumo de tabaco, eligen en mayor medida el consumo de tabaco como su actividad preferida y refieren necesitar un mayor número de alternativas reforzantes al dejar de fumar que las personas sin historia de depresión mayor (Spring, Pingitore y McChargue, 2003). Las personas con síntomas depresivos son también más vulnerables a las presiones sociales para consumir tabaco, sobre todo en la adolescencia. La presión y la aprobación del grupo de iguales podría moderar la relación entre síntomas depresivos y consumo de tabaco en edades tempranas observándose también que, durante la adolescencia, existe una relación entre tener síntomas depresivos y ser más receptivo a los mensajes publicitarios del tabaco (Audrain-McGovern, et al., 2006; Ritt-Olson, et al, 2005).

5.6.2.2. Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar es un trastorno mental grave caracterizado por oscilaciones del estado de ánimo con fases de manía, hipomanía o mixtas que normalmente se alternan con episodios depresivos. Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) se distinguen dos tipos de trastorno bipolar: el trastorno bipolar tipo I en el que se tiene que haber dado al menos un episodio de manía y en el que pueden darse episodios hipomaniacos, depresivos o mixtos, y el trastorno tipo bipolar II en el que aparecen síntomas maniacos menos graves denominados hipomaniacos y episodios depresivos. También dentro de este epígrafe se incluye la ciclotimia en la que se alternan los episodios hipomaniacos con episodios depresivos que no alcanzan la categoría de episodios depresivos mayores. Los trastornos bipolares son relativamente frecuentes. El trastorno bipolar tipo I presenta una prevalencia-vida de entre 0,5-1,6% en la población general mientras que la del trastorno bipolar tipo II es de entre un 0,9-1,6% (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar, 2012).

Es conocido que la prevalencia de tabaquismo en personas con trastorno bipolar es muy elevada. Se cree que ronda el 37% aunque algunos estudios han llegado a encontrar tasas de hasta un 87%. Las personas con trastorno bipolar tienen más probabilidades de iniciarse en el consumo del tabaco y mantenerse en el mismo que el resto de la población, lo que explica las altas prevalencias de tabaquismo observadas en este trastorno. Como sucede en fumadores que tienen trastornos mentales, los fumadores con trastorno bipolar desarrollan mayor dependencia a la nicotina y consumen mayor cantidad de tabaco que el resto de fumadores (Heffner, Strawn, DelBello, Strakowski y Anthenelli, 2011; Lasser et al., 2000). Por otro lado, las personas diagnosticadas de trastorno bipolar con historia de tabaquismo actual o previa, suelen presentar el trastorno afectivo a edades más tempranas, tener síntomas de mayor gravedad, un peor desempeño general, porcentajes más elevados de intentos de suicidio y mayor probabilidad de

consumir otras drogas que las personas con trastorno bipolar que no son fumadores (Ostacher, et al., 2006).

Algunas investigaciones han tratado de explicar esta elevada prevalencia de tabaquismo por la hipótesis de la automedicación, sin embargo, los datos no son concluyentes. Como se ha explicado previamente, el consumo de tabaco podría tener relación con la disminución de la sintomatología depresiva. Sin embargo, no está tan claro que los datos obtenidos para las personas con trastorno depresivo mayor sean generalizables al trastorno bipolar. Otros estudios han tratado de establecer esta asociación relacionando el consumo de nicotina con la mejora del rendimiento cognitivo y la atención así como con el alivio de los efectos secundarios de algunas medicaciones antipsicóticas y antiepilépticas sin tampoco encontrar demasiados datos significativos en personas con trastorno bipolar. Una explicación más plausible es la de que esta elevada prevalencia estaría relacionada con que las personas que padecen este trastorno suelen estar más expuestas a ambientes en los que la probabilidad de fumar es mayor (Heffner, Strawn, DelBello, Strakowski y Anthenelli, 2011).

Recientemente se ha publicado una investigación que relaciona el consumo de tabaco de la madre durante el embarazo con el desarrollo de un trastorno bipolar del hijo durante la adolescencia concluyendo que existe mayor riesgo de padecer este trastorno si la madre ha fumado durante la gestación, sin embargo los propios autores admiten que los datos hay que tomarlos con cautela debido a que no se han tenido en cuenta en el estudio otros factores familiares que podrían estar relacionados (Talati, et al. 2013). De lo que sí existe evidencia es de que en personas diagnosticadas de trastorno bipolar el dejar de fumar puede precipitar un aumento de la sintomatología afectiva, no sólo de la depresiva, sino también de los síntomas maníacos. Se han llegado a observar algunos episodios de hipomanía en personas con trastorno bipolar que utilizaron el tratamiento farmacológico bupropion para dejar de fumar aunque éste

último estudio fue llevado a cabo con una muestra muy limitada por lo que se cuestiona la generalización de estos resultados (Weinberger, et al., 2008).

5.6.3. Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave que muestra síntomas heterogéneos con una presentación clínica, curso y grado de afectación variable. La sintomatología puede afectar a una amplia gama de funciones como son la percepción, el pensamiento, el afecto, el lenguaje, la motivación, o la capacidad de juicio. Tradicionalmente estos síntomas se han dividido en síntomas positivos, dentro de los cuales se encontrarían las alucinaciones, los delirios y el comportamiento desorganizado, y síntomas negativos como el embotamiento afectivo, la pobreza del habla y la abulia o la apatía entre otros. Las personas con esquizofrenia suelen tener dificultades en la percepción e interpretación de la información, las relaciones sociales y el autocuidado. Se estima que la prevalencia de este trastorno a lo largo de la vida es de entre un 0,7 y un 1,5%. Tres de cada 1.000 hombres y 2,8 de cada 1.000 mujeres padecen esquizofrenia, siendo el inicio del trastorno algo más temprano para los hombres (24 años) que para las mujeres (27 años). Cuando el curso del trastorno persiste a lo largo de los años y se convierte en crónico suele predominar la sintomatología negativa, en lo que juega un papel relevante la medicación antipsicótica que es mucho más efectiva con la sintomatología positiva o productiva que con la negativa (Ayuso, Gutiérrez, Haro y Chisholm, 2006; Stroup, Kraus y Marder, 2006). Existen distintos tipos de esquizofrenia (Sadock y Sadock, 2012):

- Tipo paranoide: se caracteriza por la presencia de ideas delirantes y alucinaciones auditivas. Los delirios suelen tener un contenido persecutorio, de perjuicio, grandiosidad o referencial.

- Tipo desorganizado o hebefrénica: suelen mostrar un lenguaje y comportamiento desorganizado así como una afectividad aplanada con predominio de sintomatología negativa.
- Tipo catatónico: predomina el trastorno del movimiento en el que la persona no reacciona a estimulación externa, presenta inmovilidad, mutismo y flexibilidad cérica aunque en ocasiones también pueden aparecer episodios de agitación.
- Tipo residual: ha existido en el pasado algún episodio psicótico pero en el momento actual lo que predomina es la sintomatología negativa.
- Tipo indiferenciado: con criterios de esquizofrenia pero que no encaja en ninguno de los apartados anteriores.

En el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) los trastornos relacionados con la esquizofrenia se encuentran incluidos dentro del epígrafe “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” (Tabla 18).

La prevalencia del tabaquismo en personas con esquizofrenia es muy elevada, encontrándose datos que oscilan entre un 44% y un 88% dependiendo del tipo de estudio, de si existe comorbilidad con el consumo de otras sustancias o de si la muestra elegida pertenece o no a personas que se encuentran ingresadas en un centro psiquiátrico (Royal College of Physicians, 2013). Alrededor del 50% de los fumadores con esquizofrenia son fumadores de más de 25 cigarrillos al día, desarrollan mayor dependencia a la nicotina, realizan mayor cantidad de inhalaciones al cigarrillo y más profundas y presentan mayores niveles de CO en aire expirado que fumadores sin esquizofrenia.

Tabla 18. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM-5

Trastorno esquizotípico de la personalidad 301.22 (F21).
Trastorno de delirios 297.1 (F22).
Trastorno psicótico breve 298.8 (F23).
Trastorno esquizofreniforme 295.40 (F20.81).
Esquizofrenia 295.90 (F20.9).
Trastorno esquizoafectivo: especificar si tipo bipolar 295.70 (F25.0) o tipo depresivo 295.70 (F25.1).
Trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos _____. (____.)
Trastorno psicótico debido a otra afección médica: especificar si con delirios 293.81 (F06.2), o con alucinaciones 293.82 (F06.0)
Catatonía asociada a otro trastorno mental 293.89 (F06.1)
Trastorno catatónico debido a otra afección médica 293.89 (F06.1)
Catatonía no específica 293.89 (F06.1)
Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico 298.8 (F28)
Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico 298.9 (F29)

Fuente: APA, 2013.

Los estudios que han comparado a los fumadores con esquizofrenia que consumen más de 25 cigarrillos al día (*heavy smokers*) con fumadores con esquizofrenia que consumen una cantidad menor de tabaco han encontrado que los primeros tienen mayor probabilidad de consumir otras sustancias, mayor frecuencia de hospitalizaciones psiquiátricas, mayor riesgo de suicidio y menores efectos secundarios extra piramidales. El consumo elevado de tabaco, además de suponer un grave riesgo para su salud, supone también un grave riesgo para su economía llegando incluso a gastar hasta un 27% de su asignación mensual en la compra de cigarrillos (Ziedonis, et al., 2008). Respecto a la relación entre la sintomatología positiva y negativa con el consumo de tabaco, no parece existir consenso entre las diversas investigaciones ya que, aunque distintos estudios plantean que los fumadores con esquizofrenia que presentan mayor predominancia de síntomas negativos fumarían más y esto haría disminuir estos síntomas (Aguilar, Gurpegui, Díaz y de León, 2005; Patkar, Gopalakrishan, Lundy, Leone,

Certa y Weinstein, 2002; Zhang, et al., 2012) en otras investigaciones no parece corroborarse este dato (Fawzi, Fawzi, Khedr y Fawzi, 2007; Iasevoli, Balletta, Gilardi, Giordano y Bartolomeis, 2013) por lo que es necesaria una mayor investigación al respecto.

Existen múltiples estudios que relacionan esta elevada prevalencia de tabaquismo en personas con esquizofrenia con la hipótesis de la automedicación, aunque también se han propuesto otros factores. Un resumen de todos ellos se expone a continuación:

- La relación de la nicotina con el rendimiento cognitivo: las personas con esquizofrenia suelen mostrar déficit en diversas funciones cognitivas como la atención, la memoria de trabajo y visoespacial o el procesamiento auditivo. Algunas investigaciones proponen que la liberación de dopamina en la corteza prefrontal desde las proyecciones del área tegmental ventral, que se produce como resultado del consumo de tabaco, estaría relacionada con una mejora en el rendimiento cognitivo de los fumadores con esquizofrenia. Se ha observado que la administración de agonistas nicotínicos, especialmente los que actúan sobre los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$ y $\alpha 7$, producen un mejor rendimiento en tareas de atención y memoria de trabajo en personas con esquizofrenia, independientemente de que sean fumadores o no (D'Souza y Markou, 2012). Estos datos, sin embargo, no se han podido contrastar en fumadores con esquizofrenias resistentes al tratamiento en los que no se aprecia esta mejora en el deterioro cognitivo y sí un empeoramiento de la sintomatología negativa lo que se ha relacionado con la disfunción en la actividad dopaminérgica asociada al consumo continuado de tabaco (Iasevoli, Balletta, Gilardi, Giordano y Bartolomeis, 2013).

- El efecto de la nicotina sobre la sintomatología negativa: como hemos visto, el consumo de tabaco libera dopamina en el núcleo *accumbens* produciendo efectos reforzantes en el fumador. Este efecto se ha relacionado con una mejora en algunos síntomas negativos de estos fumadores como la anhedonia o la falta de motivación. Freedman y colaboradores (Freedman, et al., 2008) encontraron que administrando un agonista nicotínico (DMXB-A) a personas con esquizofrenia se producían mejoras significativas en los síntomas negativos que normalmente son resistentes a los fármacos antipsicóticos aunque no queda claro si estos se mantienen a largo plazo .

- Los efectos del tabaco sobre la medicación antipsicótica: el tabaco afecta al metabolismo de algunos antipsicóticos reduciendo los niveles en sangre de estas medicaciones. Esto podría explicar porque las personas con esquizofrenia que fuman experimentan menos síntomas secundarios extrapiramidales lo que es importante tener en cuenta tanto a la hora de prescribir la medicación antipsicótica como en el tratamiento para dejar de fumar momento en que, en ocasiones, es necesario ajustar la medicación (Yang, Nelson, Kamaraju, Wilson y McEvoy, 2002).

- Los factores psicosociales: existen factores sociales como la pobreza, el desempleo, la falta de apoyo social o el consumo de otras sustancias incrementan el riesgo de tabaquismo en esta población. Los efectos positivos percibidos del consumo de tabaco y los déficits motivacionales de la esquizofrenia hacen que su motivación para dejar de fumar sea menor. A esto es importante añadir la escasez de apoyo por parte de los profesionales sanitarios para que abandonen el consumo, quienes, con frecuencia, exponen argumentos relacionados con la

hipótesis de la automedicación o con la baja motivación para justificar la falta de oferta de cesación tabáquica especializada a estos fumadores (Olivier, Lubman y Fraser, 2007; Royal Collage of Physicians, 2013).

5.6.4. Trastornos de Personalidad

Bajo el diagnóstico de trastornos de personalidad se engloban una serie de trastornos mentales que en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) aparecen junto al resto de los trastornos mentales y no en un eje a parte como sucedía en ediciones anteriores. Según este manual diagnóstico, un trastorno de personalidad sería un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y del comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en distintas áreas como la cognición, la afectividad, la actividad interpersonal o el control de impulsos. Se agrupan en función de la similitud de características en: Grupo A donde estarían el trastorno paranoide, el esquizoide y el esquizotípico de la personalidad, Grupo B que incluye el trastorno histriónico, narcisista, antisocial y límite de la personalidad y el Grupo C en el que se encuentran el trastorno por evitación, dependiente y obsesivo-compulsivo (Tabla 19) .

La prevalencia de los trastornos de personalidad en la población general oscila entre un 10.3% y un 15% dependiendo de la población estudiada, el método de evaluación utilizado y el tamaño y composición de la muestra (Moreno y Medina, 2006). Los trastornos de personalidad están muy relacionados con los trastornos por abuso de sustancias, siendo frecuente el consumo de opiáceos, cocaína, cannabis y alcohol. El trastorno antisocial de la personalidad uno de los que con mayor frecuencia se relaciona con el consumo de drogas, aunque también esta asociación se observa con frecuencia en otros diagnósticos como es el caso del trastorno límite de personalidad (Hasin y Kilcoyne, 2012; Sansone y Sansone, 2011).

Tabla 19. Trastornos de personalidad: tipos y características principales

Grupo	Trastorno	Características
Grupo A	Trastorno de la personalidad paranoide Trastorno de la personalidad esquizoide Trastorno de la personalidad esquizotípica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conducta extraña o extravagante ▪ Dificultades en las relaciones interpersonales, introversión. ▪ Vulnerabilidad a patologías como esquizofrenia, trastornos afectivos y abuso de sustancias.
Grupo B	Trastorno de la personalidad histriónico Trastorno de la personalidad antisocial Trastorno de la personalidad narcisista Trastorno de la personalidad límite	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dramatismo, emotividad, inmadurez. ▪ Alta labilidad afectiva ▪ Comportamiento disruptivo ▪ Deterioro de las relaciones familiares
Grupo C	Trastorno de la personalidad evasiva Trastorno de la personalidad dependiente Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiedad y temor ▪ Alta sensibilidad al castigo ▪ Escasa autonomía y equilibrio emocional ▪ Dificultad en la adquisición estrategias afrontamiento

Fuente: adaptación propia a partir del original APA, 2013.

Por otro lado, es conocido que determinados rasgos de personalidad como la afectividad negativa están relacionados con el consumo de tabaco y con las dificultades al dejar de fumar. A pesar de estos datos, la investigación del tabaquismo en relación con los trastornos de personalidad es escasa y poco concluyente. Esta falta de consistencia en los resultados de las investigaciones se debe principalmente a que existe una amplia variabilidad en los resultados sobre prevalencia (entre un 9% y un 45%), se utilizan distintos tipos de diagnóstico según el estudio (algunos trabajos lo realizan por grupos diagnósticos y otros por trastornos específicos), se utilizan diferentes instrumentos de evaluación e incluso se establecen criterios distintos para la definición de “fumador”. Por estos motivos es difícil extraer conclusiones fiables sobre la asociación entre los dos tipos de trastornos aunque parece existir cierto consenso en que, como grupo, los trastornos de personalidad que mayor relación presentan con el consumo de tabaco son los del grupo C planteándose que el consumo de cigarrillos sería una estrategia que utilizan estas personas en respuesta a estados emocionales negativos (Fernández y Becoña, 2009). En

el año 2011 se publicó un artículo sobre tabaquismo en población con trastornos de personalidad realizado a raíz de los datos extraídos de la Encuesta Epidemiológica Nacional de Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC), con una muestra representativa que de 43.083 adultos estadounidenses. Los resultados mostraron que un porcentaje importante de personas con trastornos de personalidad eran dependientes a la nicotina. La asociación entre el tabaquismo y los trastornos de personalidad dependiente, por evitación, histriónicos, esquizoides y paranoides, se explicaban en parte por la comorbilidad de estos trastornos con trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad, y el ajuste de las condiciones clínicas generalmente atenuaba la fuerza de muchas otras asociaciones. Por último, para los autores del estudio, la asociación entre los trastornos de la personalidad y el tabaquismo parece definirse mejor si se tienen en cuenta trastornos específicos que grupos de trastornos siendo especialmente relevantes las relaciones con el trastorno antisocial de la personalidad (Zvolensky, Jenkins, Johnson y Goodwin, 2011).

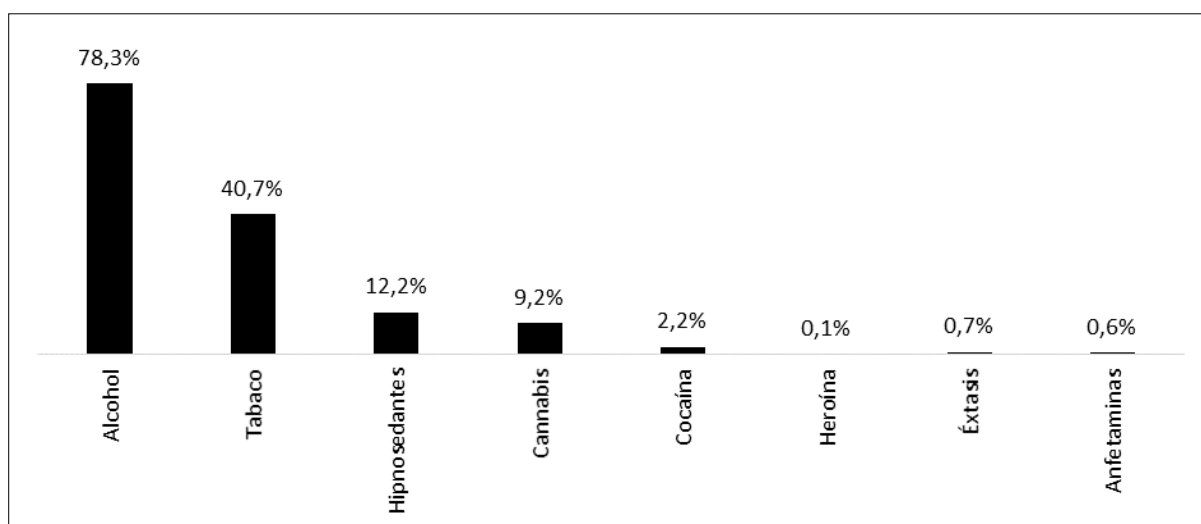
5.6.5. Trastornos por consumo de sustancias

La dependencia a drogas es incluida por la APA en su último manual de criterios diagnósticos DSM-5 dentro del apartado “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, uniendo así las adicciones por sustancias y las adicciones conductuales en un mismo epígrafe. Dentro de esta clasificación se incluyen los trastornos relacionados con alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes (cocaína y anfetamina), tabaco y otras sustancias o sustancias desconocidas.

El Plan Nacional Sobre Drogas lleva a cabo cada dos años desde 1995 una Encuesta Domiciliaria sobre consumo de Alcohol y Drogas en España (EDADES) realizada a población general residente en hogares con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años. Recientemente, se han publicado un resumen de los últimos datos (años 2013-2014), obtenidos

de una muestra representativa de 22.136 personas. Según esta encuesta sólo una 13,6% de personas en nuestro país no ha consumido ninguna droga en los últimos 12 meses, el 44,3% ha consumido al menos una sustancia, el 30,2% dos y el 9,3% tres, con mayor proporción en los hombres que en las mujeres. Atendiendo a este consumo del último año, la droga que mayor se consume es el alcohol, seguida del tabaco y de los hipnosedantes, al igual que sucede cuando se analiza el consumo por sustancias en los últimos 12 meses como puede apreciarse en la Figura 3 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Figura 3. Consumo de sustancias en la población general durante los últimos 12 meses



Fuente: adaptación propia a partir del original Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.

Hasta la fecha no ha sido publicado el informe completo de la encuesta por lo que los datos que se ofrecen a continuación se refirieren a la encuesta anterior (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Según estos datos, la prevalencia de consumo de tabaco entre los consumidores de otras sustancias es muy elevada como se muestra en la Tabla 20, en la que podemos apreciar el porcentaje de personas usuarios de otras drogas que han consumido tabaco en el último año. Estas prevalencias aumentan todavía más cuando analizamos el consumo de tabaco en personas que no sólo consumen sino que han desarrollado dependencia a otras drogas. Un ejemplo es el del alcohol, estimándose que las personas con dependencia a

esta sustancia presentan tasas de prevalencia de tabaquismo de hasta un 80-95%. Además, estos fumadores suelen consumir cantidades elevadas de cigarrillos siendo la media de 30 cigarrillos al día en los consumidores de alcohol y 25 en los de opiáceos. Este elevado consumo de tabaco en usuarios de otras drogas hace aumentar considerablemente el riesgo de padecer ciertas enfermedades como son distintos tipos de cáncer, problemas cardiovasculares y enfermedades respiratorias, además, el riesgo de padecer estos problemas de salud suele ser mayor que la suma de los riesgos atribuibles a las distintas dependencias por separado (Roig, Sabater, Borràs, Sesmió y Pinet, 2005).

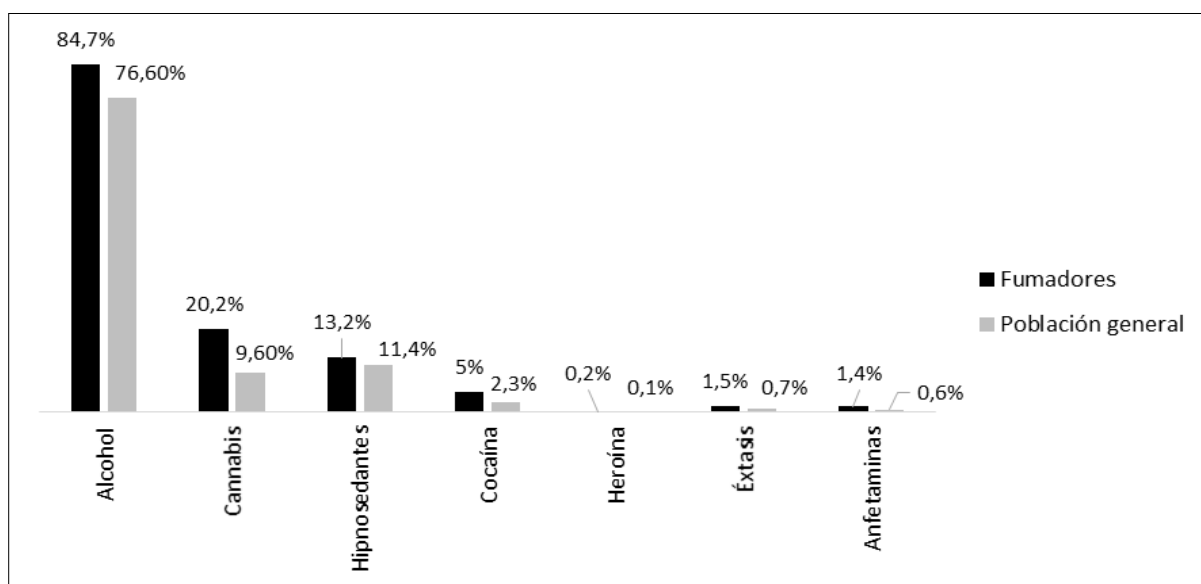
Tabla 20. Prevalencia de consumo de tabaco durante los últimos 12 meses en consumidores de otras sustancias

Tipo de sustancia	Prevalencia consumo de tabaco (%)
Alcohol	44,5%
Cannabis	84%
Cocaína	87,8%
Hipnosedantes	46,4%
Éxtasis	87,7%
Anfetaminas/speed	90,8%
Heroína	100%

Fuente: adaptación propia a partir del original Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013

Por otro lado, los fumadores tienen mayor probabilidad que los no fumadores de consumir otras sustancias, observándose la existencia de una asociación dosis-respuesta, esto es, la probabilidad de consumir otras drogas es mayor en las personas que fuman mayor cantidad de tabaco. Como podemos apreciar en la Figura 4, el consumo de otros tipos de sustancias adictivas es mucho más elevado en los fumadores que en la población general siendo especialmente significativa la diferencia respecto al cannabis cuya prevalencia en la población general es del 9,6% y, sin embargo, en los fumadores es del 20,2%.

Figura 4. Consumo de sustancias durante el último año en fumadores y en población general



Fuente: adaptación propia a partir del original Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.

Al igual que sucede con otros trastornos mentales, la asociación entre el consumo de tabaco y el consumo de otras sustancias se ha estudiado desde distintos enfoques tanto genéticos como biológicos o psicosociales:

- Factores genéticos: estudios con gemelos han ofrecido algunos resultados a favor de que determinadas variables genéticas están relacionadas con el riesgo de consumir sustancias de abuso. En el caso del tabaquismo y el alcohol, por ejemplo, se ha encontrado que existe un riesgo genético compartido, esto es, los factores genéticos que aumentan el riesgo de consumir tabaco aumentan también el riesgo de alcoholismo. Este riesgo estaría en parte mediado por algunos genes relacionados con los receptores de acetilcolina nicotínicos que podrían tener un papel relevante en el riesgo, a edades tempranas, para desarrollar dependencia a las dos sustancias. Por otro lado, algunas investigaciones sugieren que determinadas variables de genes que regulan la actividad dopaminérgica podrían estar relacionadas con un aumento en el riesgo del consumo excesivo tanto de tabaco como de otras sustancias de abuso (Schlaepfer, Hoft y Ehringer, 2008).

- Factores neurobiológicos: las distintas sustancias de abuso ejercen su función a través de las mismas vías de recompensa cerebral, lo que está muy relacionado con algunos fenómenos que surgen cuando una persona consume distintos tipos de drogas. Uno de estos fenómenos es el incremento considerable del consumo de tabaco cuando alguien consume cocaína (una media de 20 cigarrillos) lo cual se ha explicado por el hecho de que, al consumir tabaco, incrementan notablemente tanto el deseo por consumir cocaína como los efectos reforzantes de la misma. También es un hecho frecuente que aparezca tolerancia cruzada entre las distintas drogas. Así, los fumadores pueden ingerir más cantidad de alcohol que las personas que no fuman lo que parece estar relacionado con el hecho de que la nicotina ejerce un efecto estimulante que contrarresta los efectos sedativos del alcohol. Este fenómeno también ha sido contrastado en estudios animales observándose que la administración de nicotina produce un aumento de la ingesta de alcohol (Brewer, Mahoney, Nerumalla, Newton y De la Graza, 2013; Lê, Corrigan, Harding, Juzytsch y Li, 2000).
- Factores de condicionamiento: las personas que fuman tabaco y que consumen otro tipo de sustancias, en muchas ocasiones, realizan las dos conductas en ambientes similares o bajo estados de ánimo parecidos. Este tipo de situaciones o estas sensaciones internas que preceden a la conducta de fumar o al consumo de otras drogas, se asocian al uso de ambas sustancias y suelen convertirse en estímulos condicionados, provocando que cuando esa persona vuelva a estar en esa situación o una similar, puedan aparecer respuestas fisiológicas o ganas de consumir (respuestas condicionadas). La ingesta de una droga también puede convertirse en sí misma en un estímulo condicionado para el consumo de tabaco y viceversa, esto es, el consumir una droga determinada provocaría deseo de fumar tabaco y, al mismo tiempo, el fumar un cigarrillo podría provocar deseo

de consumir otras drogas en personas que habitualmente tiene ambos tipos de consumos (Burton y Tiffany 1997, Carter y Tiffany, 1999).

- Factores psicosociales: el inicio en el consumo de sustancias está en gran medida determinado por el tipo de ambiente en el que crece y se desarrolla el niño y el adolescente. En estas primeras etapas del desarrollo, juegan un papel especialmente relevante, tanto para empezar a fumar tabaco como para consumir otras drogas, los modelos que rodean al niño: si los padres son fumadores o consumidores de alcohol (u otras sustancias), si existe este tipo de consumos en el grupo de iguales o en hermanos mayores son factores estrechamente relacionados con el riesgo de que el niño pueda llegar a consumir sustancias de abuso (Briones, Wilcox, Mateus, y Boudjenah, 2006; Gopiram y Kishore, 2014). Otros factores psicosociales que se han relacionado con el consumo de diferentes tipos de drogas, incluido el tabaco, son la aparición de situaciones de estrés o de estados emocionales negativos, la baja autoeficacia percibida, el tener algún otro trastorno mental, la falta de apoyo social o el tener algún tipo de déficit en las habilidades sociales, principalmente en lo referido a la realización de conducta asertivas (Brook, Sarr, Zhang y Brook, 2009; Hoffman et al. 2001).

5.7. Tabaquismo en centros psiquiátricos

Los centros psiquiátricos son dispositivos donde se realizan intervenciones a personas con trastornos mentales cuya situación psicopatológica persiste después de haber realizado el tratamiento habitual en los servicios de salud mental ambulatorios. En las UHTR o unidades de media estancia, se realiza una intervención de forma hospitalaria cuyo objetivo es prestar una atención individualizada e intensiva destinada a la rehabilitación. La estancia media es de seis meses y puede ser prorrogable. Las UCPP o unidades de larga estancia, son centros de internamiento donde se atiende a personas con trastornos mentales graves, de evolución

crónica, con desadaptación familiar y social severa y/o limitaciones en su funcionamiento autónomo. Se llevan a cabo programas terapéuticos y rehabilitadores para mejorar o mantener las competencias de los residentes.

Las personas que reciben tratamiento en estos dispositivos suelen, por tanto, presentar trastornos mentales graves por lo que su consumo de tabaco y su dependencia a la nicotina suele ser muy elevado. Así, estudios realizados en centros de psiquiátricos de media o larga estancia han encontrado datos de prevalencia de consumo de tabaco del 45,9%, porcentaje que puede aumentar considerablemente en función de la gravedad del trastorno, (55,9% en trastornos psicóticos) o de si existe un trastorno por consumo de sustancias añadido (77,1%) (Lawrence, Mitrou y Zubrick, 2009). En nuestro país no existen demasiados estudios sobre el consumo de tabaco en este tipo de población. Cabe resaltar la investigación llevada a cabo por Lores y colaboradores (Lores, et al., 2010), quienes entre los años 2008 y 2009 realizaron un estudio sobre el hábito tabáquico de 276 pacientes ingresados en el Hospital Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental de Sant Boi de Llobregat. Encontraron que el 65,6% de los pacientes ingresados eran fumadores (el 80% en el caso de los pacientes con esquizofrenia crónica) y presentaban unas puntuaciones medias en el FNTD de ocho puntos, aunque hay que tener en consideración que este estudio se llevó a cabo antes de que entrara en vigor la ley 42/2010 que como, se ha explicado previamente, prohíbe el consumo de tabaco en lugares de trabajo.

Estudios llevados a cabo en otros países, como el publicado por Lineberry y colaboradores en el año 2009 (Lineberry, Allen, Nash, Galardy, 2009), encontraron tasas de prevalencia de consumo del 45,9% en el total de los usuarios ingresados en un centro psiquiátrico, aumentando este porcentaje al 55,9% en el caso de las personas con trastornos psicóticos. Otro estudio resaltable es el realizado en un hospital psiquiátrico en Ginebra con 180 personas, el cual se diseñó para describir las características de consumo de tabaco de esta población, así como

relacionar el consumo de tabaco con variables sociodemográficas, psicopatológicas, riesgo de suicidio y comorbilidad con otros trastornos por abuso de sustancias (Keizer, Gex-Fabry, Eytan y Bertschy, 2009). Los autores encontraron que el 63,3% de la población estudiada eran consumidores habituales de tabaco y, de estos, el 47,4% fumaban más de 20 cigarrillos al día (*heavy smokers*). Al comparar a los fumadores con el resto de la muestra, no se encontraron diferencias significativas respecto a la edad o el sexo. Tampoco se encontraron en el nivel educativo no siendo así en el nivel económico donde se vio que la mayor parte de los fumadores tenían una pensión de invalidez, estaban desempleados o recibían algún tipo de ayuda social. Respecto a las variables psicopatológicas, también variaban en lo referido al diagnóstico principal, apreciándose que entre los fumadores era más probable tener un diagnóstico de mayor gravedad. Al mismo tiempo se hallaron diferencias significativas respecto a la historia de intentos de suicidio, siendo el porcentaje de personas que habían realizado algún intento de suicidio mayor entre los fumadores que en el resto de la muestra. En la Tabla 21 se muestran los principales resultados de esta investigación. Este estudio pone de manifiesto la gravedad de las personas fumadoras con trastornos mentales que se encuentran recibiendo tratamiento en centros hospitalarios, tanto en lo referido a los altos índices de consumo de tabaco y dependencia a la nicotina, como en la gravedad de la patología psiquiátrica con el elevado riesgo de consumir otras sustancias y tener mayor probabilidad de haber realizado intentos de suicidio, así como en lo referido a su situación económica lo que supone unas muy preocupantes consecuencias para su salud mental y física así como para su proceso de rehabilitación.

Tabla 21. Características sociodemográficas, psicopatológicas y consumo de tabaco en un hospital psiquiátrico

Variables	N	%	% fumadores	p
Sexo				
Mujeres	83	46,1%	61,4%	0,65
Hombres	97	63,9%	64,9%	
Edad				
≤ 30 años	41	22,8%	63,4%	0,30
31-50 años	97	53,9%	67%	
≥ 50 años	42	23,3%	54,8%	
Nivel educativo				
Educación básica obligatoria	73	40,6%	65,8%	0,34
Alguna educación secundaria	57	31,7%	63,2%	
Titulación de educación secundaria	32	17,8%	68,8%	
Titulación universitaria	18	10%	44,4%	
Fuente de financiación principal				
Trabajo	40	22,2%	47,5%	p≤0,01
Familia	19	10,6%	42,1%	
Pensión invalidez	69	38,3%	71%	
Prestación por desempleo o ayuda social	52	28,9%	73,1%	
Historia de intentos de suicidio				
No	91	52,6%	57,1%	p≤0,005
Si	82	47,4%	47,4%	
Diagnóstico principal				
Trastorno por consumo de sustancias	33	18,3%	87,9%	p≤0,005
Esquizofrenia y trastornos psicóticos	54	30%	51,9%	
Trastorno bipolar	29	16,1%	65,5%	
Trastorno depresivo mayor	44	24,5%	52,3%	
Otros trastornos	20	11,1%	75%	

Fuente: Keizer, Gex-Fabry, Eytan y Bertschy, 2009.

Respecto a la gravedad de la psicopatología, otros estudios también confirman su relación con el elevado consumo de tabaco. Un estudio realizado en nuestro país con una muestra de 200 personas ingresadas en un hospital psiquiátrico (100 con diagnóstico de esquizofrenia y 100 con otros diagnósticos) publicado en el año 2003, pone de manifiesto que la prevalencia de consumo de tabaco entre las personas ingresadas con diagnóstico de esquizofrenia es del 70% (mientras que en el resto de personas era del 53%) y que el tener este diagnóstico incrementa entre dos y tres veces el riesgo de ser fumador (Llerena, Rubia, Peñas-Lledó, Díaz y Leon, 2003). Otros estudios también han encontrado que las puntuaciones medias de estos fumadores en el FNTD son más elevadas que en fumadores sin patología psiquiátrica y que un mayor consumo de tabaco está asociado a más años de enfermedad, mayor frecuencia de comorbilidad con el abuso de sustancias y mayor frecuencia y número de hospitalizaciones (Tanriover, Karamustafalioglu, Tezvaran, Kaplan y Tomruk, 2013; Xu, et al., 2014).

A la hora de tener en cuenta los resultados de estas investigaciones y, sobre todo, en lo referido a tasas de prevalencia de consumo, es importante considerar el hecho de que existan o no de políticas de control de tabaquismo en los centros donde se realizaron las investigaciones. Así, tanto el estudio mencionado previamente de Keizer, realizado en Suiza, como los dos estudios españoles que se han descrito, se llevaron a cabo antes de que se pusieran en marcha las leyes de ambos países que regulan parcial o totalmente el consumo de tabaco en espacios públicos por lo que, probablemente, en estos momentos estos datos de prevalencia cambiarían. En este sentido, algunos estudios han puesto de manifiesto que tras la implantación de políticas de control del consumo de tabaco en este tipo de centros, la dependencia a la nicotina de los fumadores es menor, éstos reconocen que fuman menos en el hospital de lo que lo hacen en casa y los niveles de exposición al humo del tabaco ambiental disminuyen considerablemente (Ratschen, Britton, Doody y McNeill, 2010; Willemsen, Görts, Van Soelen, Jonkers y Hilbernik, 2004).

5.8. Cesación tabáquica en personas con trastornos mentales

5.8.1. Tratamientos eficaces para dejar de fumar

El desarrollo de métodos eficaces para dejar de fumar en las últimas décadas ha sido objeto de múltiples investigaciones por lo que hoy en día disponemos de un amplio abanico de herramientas que nos pueden ser útiles para el tratamiento de esta dependencia. Atendiendo a aquellos que han mostrado evidencia científica de su eficacia y siguiendo los informes de las guías clínicas, en la actualidad existen las siguientes recomendaciones a la hora de abordar la cesación tabáquica (Fiore, et al., 2008):

- Es imprescindible que los profesionales de la salud identifiquen y documenten el consumo de tabaco así como que ofrezcan la posibilidad de dejar de fumar a todos los fumadores que atiendan.
- La intervención breve es efectiva por lo que siempre debería ser tenida en cuenta a la hora de atender a cualquier fumador visto en un centro de salud.
- El asesoramiento psicológico individual, grupal y telefónico es efectivo y su efectividad aumenta cuando se intensifica el tratamiento. Existen dos componentes especialmente eficaces: el entrenamiento en la adquisición de habilidades para la resolución de problemas y el proporcionar como parte del tratamiento apoyo social.
- Existen numerosos tratamientos farmacológicos eficaces para dejar de fumar. De estos, los que se consideran de primera línea son:
 - Bupropion: es un antidepresivo cuya acción farmacológica es la inhibición de la recaptación de noradrenalina y dopamina.

- Terapia sustitutiva con nicotina (TSN): son una variedad de productos que administran nicotina en diferentes formatos de tal forma que se alivian los síntomas de abstinencia y el deseo de fumar. Se ha mostrado eficaz en forma de parches, chicles, comprimidos para chupar, spray nasal e inhalador.
- Vareniclina: es un agonista parcial de receptor nicotínico $\alpha 4 \beta 2$ produciendo liberación de dopamina en el núcleo *accumbens*.
- Tanto el asesoramiento psicológico como los tratamientos farmacológicos son eficaces en sí mismos, pero aumentan su eficacia si se utilizan conjuntamente por lo que se recomienda esta utilización conjunta.
- Las líneas telefónicas para dejar de fumar han mostrado su eficacia.
- El tabaquismo es un trastorno crónico que requiere, en ocasiones, de múltiples intentos antes de que se consiga el mantenimiento de la abstinencia.
- Si la persona es reacia a dejar de fumar se recomiendan intervenciones motivacionales como la entrevista motivacional.
- A todos los fumadores con trastornos mentales, incluidos los trastornos por abuso de sustancias, se les debe ofrecer la posibilidad de realizar un tratamiento para dejar de fumar.

5.8.2. Tratamientos eficaces para dejar de fumar en personas con trastornos mentales.

Los fumadores con trastornos mentales pueden dejar de fumar y deben ser tenidos en cuenta a la hora de ofertar programas de tratamiento de tabaquismo desde los servicios de salud. La Asociación Europea de Psiquiatría ha publicado una guía en la que ofrecen recomendaciones

básicas para la cesación tabáquica más adecuadas para fumadores con psicopatologías (Rüther, et al., 2014). Estas estrategias serían:

- Registrar el consumo de tabaco: la evaluación de todas las personas con trastornos mentales debe recoger datos sobre el consumo de tabaco así como del grado de dependencia a la nicotina.
- Decidir el momento adecuado de la intervención: el mejor momento para iniciar la deshabituación tabáquica es cuando la persona se encuentra estable psicopatológicamente y no se van a realizar cambios de mediación a corto plazo.
- Ofrecer asesoramiento: como mínimo este asesoramiento debe contar con psicoeducación, establecimiento de la alianza terapéutica, consejo clínico y establecer una fecha para dejar de fumar. Se recomienda además el que la persona pueda participar en programas de tratamiento individuales, grupales y/o telefónicos o *quit lines*.
- Ofrecer tratamiento farmacológico con un tratamiento de primera línea: terapia sustitutiva con nicotina, bupropion o vareniclina.
- Mantener contacto en los primeros días tras el día de dejar de fumar: debido a que los síntomas de abstinencia son especialmente elevados en estos fumadores, se recomienda mantener con el paciente un contacto más intenso durante estos primeros días.
- Realizar visitas de seguimiento: además de para valorar la abstinencia al tabaco, se recomienda este seguimiento para evaluar el estado psicopatológico, ajustar la medicación si fuera necesario y controlar la ganancia de peso.

- Prevención de recaídas: realizar intervenciones para el manejo adecuado de las recaídas así como de las posibles consecuencias emocionales de la misma.

Por lo demás, las recomendaciones de tratamiento que se han visto eficaces para el resto de la población pueden ser utilizadas en este tipo de fumadores. En los siguientes apartados se exponen algunas de estas recomendaciones en trastornos mentales específicos que se encuentran recogidas en la “Guía de intervención clínica en el consumo de tabaco en pacientes con trastornos mentales” desarrollada por el Grupo de Trabajo de Tabaco y Salud Mental de la Red Catalana de Hospitales sin Humo en el año 2012 (Ballbè y Gual, 2012).

1. Trastornos psicóticos:

- La cesación tabáquica está especialmente indicada en este grupo de fumadores por la interacción que se produce entre la nicotina y algunos fármacos antipsicóticos, debido a esta interacción farmacocinética, al dejar de fumar se tendrá que considerar el reducir la dosis del fármaco.
- Es importante que el trastorno psicótico esté compensado en el momento de plantearse la cesación tabáquica.
- Las características psicofisiológicas y sociales de estos fumadores pueden dificultar el que se realice un tratamiento con éxito por lo que hay que utilizar todas las herramientas eficaces disponibles, tanto las farmacológicas como las psicológicas.
- Tanto la TSN como el bupropion se han mostrado eficaces en estos fumadores y no presentan interacciones importantes con los fármacos antipsicóticos.

- En este tipo de fumadores hay que prestar especial atención a la prevención de recaídas a largo plazo por lo que se recomienda un seguimiento más intensivo y prolongado.

2. Trastornos del estado de ánimo:

- Se recomienda iniciar la sensibilización para el abandono del consumo de tabaco al inicio de la relación terapéutica y proponer la cesación cuando se establezca la sintomatología.
- El tratamiento de elección es un programa estructurado de intervención que incluya la TSN y el tratamiento psicológico.
- Actualmente queda pendiente aclarar la eficacia de bupropion y vareniclina.
- Hay que tener en cuenta las interacciones farmacológicas de bupropion y vareniclina con los antidepresivos.

3. Trastornos de ansiedad:

- Las personas con trastornos de ansiedad pueden presentar dificultades específicas en la cesación tabáquica como el miedo a que se incrementen los síntomas de ansiedad, la baja autoeficacia percibida y las anticipaciones negativas respecto a sufrir síntomas de abstinencia graves. Por estos motivos es importante potenciar las estrategias de afrontamiento ante la ansiedad (distracción, relajación, etc.).
- Los tratamientos farmacológicos como la TSN, el bupropion o la vareniclina se han mostrado eficaces en estos fumadores.
- Hay que valorar la utilización de ansiolíticos al inicio del tratamiento.

- Dejar de fumar mejora a medio y a largo plazo los síntomas de ansiedad.

4. Trastornos por consumo de sustancias:

- Debido a la elevada prevalencia de consumo de tabaco en esta población, hay que intervenir respecto a este consumo en todos los fumadores con este tipo de trastornos.
- Se recomienda la utilización de estrategias de intervención breve de tipo motivacional para aquellos fumadores que no quieran dejar de fumar.
- Todavía no está claro cuál es el mejor momento para dejar de fumar en personas con otras dependencias: si de forma secuencial, esto es, dejar primero la droga principal y luego el tabaco, o simultánea al tratamiento de la otra droga.
- Estos fumadores pueden dejar de fumar si se les ofrece tratamientos que combinen aspectos farmacológicos y psicológicos.
- La mayoría de estos fumadores se benefician de una intervención sobre el consumo de tabaco que no supone un riesgo en el consumo de otras sustancias.

5. Trastornos de personalidad y otros trastornos:

- Hay que prestar especial atención a la influencia de la impulsividad en el consumo de tabaco y en la cesación de las personas con estos trastornos así como en el posible uso del tabaco como una herramienta del control del peso, por ejemplo en los trastornos de la conducta alimentaria.
- Existe muy poca literatura científica respecto al abandono de consumo de tabaco en este tipo de trastornos.

En definitiva, existen tratamientos y estrategias de intervención terapéutica que están mostrándose eficaces en la cesación tabáquica en fumadores de estas características (Tabla 22).

Tabla 22. Tratamientos eficaces para dejar de fumar en personas con trastornos mentales

Estrategia de tratamiento	Resultados en personas con trastornos mentales
Consejo clínico	En personas diagnosticadas de depresión, tasas de abstinencia del 19% a los 18 meses de seguimiento.
Intervención individual para dejar de fumar	A los 18 meses de seguimiento, la intervención individual con acceso a terapia farmacológica obtuvo datos de abstinencia del 18% en personas con estrés postraumático y del 25% en personas con depresión.
Intervención grupal	La intervención grupal junto a la terapia de nicotina ha obtenido tasas de abstinencia del 19-21% a los 18 meses de seguimiento en fumadores con trastorno mental grave.
Intervención telefónica o <i>quit-lines</i>	Alrededor del 25% de las personas con depresión que llaman a una <i>quit-line</i> tuvieron una probabilidad menor que las personas no deprimidas que llamaban de dejar de fumar a los dos meses de seguimiento.
Terapia sustitutiva de nicotina	El chicle de nicotina se ha mostrado particularmente eficaz en fumadores con depresión (comparados con fumadores sin depresión) observándose datos de abstinencia del 36% a los tres meses. El tratamiento prolongado de parches de nicotina reduce el riesgo de recaída en fumadores con esquizofrenia.
Bupropion	Se ha mostrado como una buena ayuda para dejar de fumar en personas con o sin depresión presente o pasada. Un meta-análisis llevado a cabo con 7 investigaciones y 260 fumadores con esquizofrenia pone de manifiesto efectos significativos a los 6 meses de seguimiento.
Vareniclina	Meta-análisis recientes ponen de manifiesto que mejora las tasas de cesación tabáquica en personas con esquizofrenia pero sus posibles efectos psiquiátricos adversos todavía no pueden descartarse.
Nortriptilina	Se ha demostrado su eficacia para dejar de fumar en fumadores de la población general y en fumadores con historia de depresión pero no hay datos para fumadores con otros trastornos mentales actuales.
Clonidina	Demostrada su eficacia en la población general pero no hay datos en fumadores con trastornos mentales.

Fuente: Prochaska, 2011

Como sucede en el resto de fumadores, en muchas ocasiones la mayor efectividad de los tratamientos no sucede con una única forma de intervención sino con el conjunto de varias estrategias terapéuticas o lo que es más conocido, con los programas multicomponentes de tratamiento. En esta línea, un estudio reciente (García-Portilla, et al., 2014) ha descrito un programa multicomponente de deshabituación tabáquica en 82 personas con trastorno mental

grave (diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar). El programa consistió en dos fases:

- Fase 1: terapia individual motivacional durante 4-12 semanas
- Fase 2: tratamiento activo con una duración de 12 semanas

El tratamiento combinó técnicas psicoterapéuticas para dejar de fumar y tratamiento farmacológico en forma de parches de nicotina, bupropion o vareniclina. Se llevaron a cabo evaluaciones durante todo el proceso terapéutico respecto al hábito tabáquico, el uso de sustancias, la psicopatología y los efectos adversos mostrando la efectividad y seguridad de este tipo de intervenciones para fumadores con trastornos mentales graves.

Debido a la dificultad de los fumadores con trastornos mentales para dejar de fumar, otras opciones terapéuticas que se contemplan son estrategias en las que se plantea una reducción en el número consumo de cigarrillos por día a la vez que se utilizan formas de administración de nicotina menos dañinas (TSN). Con estas estrategias, se ha observado que se producen reducciones significativas en parámetros relacionados con la salud y la dependencia a la nicotina como el nivel de CO en aire expirado y, además, parece que contribuyen a aumentar la motivación de estos fumadores para dejar de fumar (Dalack y Meador-Woodruff, 1999; McNeill, Foulds y Bates, 2001).

Por último, y respecto a los factores predictores de éxito al dejar de fumar en fumadores con trastornos mentales, comentar que no existen demasiados estudios al respecto aunque las investigaciones que se han llevado a cabo señalan los siguientes (Ferron, et al., 2011; Okoli y Khara, 2014; Selby, Voci, Zawertailo, George y Brands, 2010):

- Menor nivel de dependencia a la nicotina.

- Ser varón.
- Mayor nivel educativo.
- Mayor nivel de activación.
- Mayor frecuencia de actividades realizadas al día.
- Mayor duración del tratamiento.
- Mayor frecuencia de consultas individuales.

5.8.3. Barreras para la cesación tabáquica en personas con trastornos mentales.

En los países occidentales, la prevalencia de tabaquismo ha disminuido considerablemente entre los fumadores de la población general. Sin embargo, como se ha expuesto previamente, la prevalencia de consumo de tabaco entre las personas con trastornos mentales sigue siendo muy elevada. Hoy en día, existen tratamientos eficaces para dejar de fumar que han mostrado también su eficacia en personas con trastornos mentales y se sabe que muchos de estos fumadores están motivados para dejar de fumar y que pueden conseguirlo sin una exacerbación de su sintomatología psiquiátrica si realizan un tratamiento adecuado (Tsoi, Porwal y Webster, 2013). Entonces cabe preguntarse por qué, a pesar de estas evidencias, el consumo de tabaco sigue siendo tan elevado en personas con trastornos mentales y la oferta de cesación tabáquica para estos fumadores tan escasa. Una de las posibles explicaciones a este hecho pueden ser las propias reticencias por parte del personal sanitario a la hora de ofertar programas de tratamiento para dejar de fumar a este tipo de fumadores. Estas reticencias, en muchas ocasiones, se justifican por creencias infundadas o mitos respecto al abandono de consumo de tabaco en las personas con trastorno mental. Algunas de estas creencias infundadas se exponen a continuación (Dodgen, 2005; Tsoi, Porwal, y Webster, 2013):

1. *“Las personas con trastornos mentales son demasiado frágiles y necesitan fumar como estrategia de afrontamiento”*: es verdad que la cesación tabáquica inicialmente puede aumentar el estrés y los síntomas de ansiedad y tristeza pero se pueden utilizar intervenciones para enseñar otras estrategias de afrontamiento así como tratamientos farmacológicos para disminuir los síntomas de abstinencia.
2. *“Las personas con trastornos mentales son reticentes al tratamiento para dejar de fumar o incapaces de llevarlo a cabo”*: se ha demostrado que estos fumadores si muestran interés en dejar de fumar y, normalmente, exponen los mismos motivos que el resto de los fumadores (motivos de salud principalmente). Es cierto, que no podemos esperar los mismos porcentajes de éxito que en el resto de la población pero eso no significa que no puedan beneficiarse de este tipo de tratamientos.
3. *“La conducta de fumar puede ser una actividad positiva para compartir momentos con el personal sanitario o como una forma de superar las barreras de la comunicación”*: es esperable que existan otros métodos más constructivos para establecer un buen *rappor*t con la persona que no sea a través del tabaco. Este aspecto suele correlacionar con el tabaquismo del propio personal sanitario quien suele ser más permisivo en lo referido al consumo de tabaco de los pacientes.
4. *“Con personas que tienen un gran deterioro, el consumo de tabaco puede utilizarse como un refuerzo para mejorar algunas conductas así como funcionamiento general”*: existen estímulos que también podrían ser reforzadores para la persona como el alcohol o la cocaína que no nos planteamos utilizar en personas con trastorno mental para mejorar conductas. De la misma manera, el utilizar el tabaco como un reforzador no debe ser una práctica habitual.

5. *“Si dejan de fumar tendrán un empeoramiento en su patología psiquiátrica”*: este quizá es uno de los argumentos que con más frecuencia suele utilizarse para justificar el no ofrecer una intervención en tabaquismo a estos fumadores. Sin embargo, recientes revisiones sobre el impacto de la cesación tabáquica en personas con trastornos mentales han puesto de manifiesto que, utilizando una metodología de tratamiento adecuada, no se produce ningún empeoramiento de la sintomatología psiquiátrica.

El recurrir a la hipótesis de la automedicación es quizá una de las estrategias más utilizadas para justificar la falta de oferta de cesación tabáquica a estos fumadores. Es verdad que la nicotina es un potente reforzador que, durante un tiempo, produce mejora en la atención y la concentración pero, como ya se ha comentado, estos efectos tienen un tiempo limitado debido a la exposición repetida a la nicotina. La hipótesis de la medicación ha sido también ampliamente utilizada por la industria tabaquera quien ha hecho grandes esfuerzos por establecer y promulgar la creencia de que la necesidad de fumar en personas con esquizofrenia. Un estudio que analizó documentos de la industria tabaquera entre los años 1995 y 2004 encontró datos de que la industria había supervisado o financiado directamente investigaciones que apoyaban la hipótesis de que las personas con esquizofrenia eran menos susceptibles a los daños del tabaco y que necesitaban la nicotina como automedicación. Así mismo, estos documentos ofrecieron información de cómo la industria tabaquera había llevado a cabo acciones directas o indirectas para ralentizar investigaciones encaminadas a desarrollar tratamientos para la dependencia a la nicotina en esta población así como enlentecer la puesta en marcha de políticas de regulación del consumo de tabaco en centros psiquiátricos (Prochaska, Hall y Bero, 2008).

Estas reticencias aparecen en todos los trastornos mentales pero se hacen más presentes a medida que el trastorno es más grave. Es el caso de las personas fumadoras que además presentan un trastorno por abuso de sustancias. Ya hemos visto los elevados riesgos que supone para la salud de estos fumadores el consumo de varias sustancias de abuso. Sin embargo, también es poco frecuente que se les incluya en programas de tratamiento de tabaquismo lo que suele justificarse alegando que tienen poca motivación para dejar de fumar o por miedo a que puedan tener una recaída en la droga principal. En la Tabla 23 se exponen algunas de estas creencias erróneas respecto a la cesación tabáquica en consumidores de otras drogas.

Tabla 23. Creencias erróneas respecto a la cesación tabáquica en fumadores con otros trastornos por abuso de sustancias

- *“No se beneficiarán de un tratamiento para dejar de fumar”*: se ha demostrado que se pueden obtener buenos resultados en los tratamientos aunque, es un problema de mayor gravedad por lo que el éxito será menor que en la población general.
- *“Al dejar de fumar se puede tener una recaída en el consumo de otras drogas”*: suele suceder todo lo contrario, esto es, dejar de fumar afecta de forma positiva al mantenimiento en la abstinencia de otras drogas.
- *“No quieren dejar de fumar”*: se ha comprobado que la mayoría de estos fumadores estarían interesados en dejar también esta dependencia.
- *“La dependencia a la nicotina es diferente a la dependencia a otras sustancias por lo que no debe incluirse en los programas de tratamiento de otras drogas”*: la dependencia a la nicotina se incluye en los mismos apartados diagnósticos que el resto de sustancias.
- *“El dejar ambas drogas a la vez es muy difícil por lo que es mejor relegar la cesación tabáquica”*: todavía no existe consenso sobre cuál es el mejor momento para dejar de fumar en este tipo de población pero esto no significa que el tratamiento del tabaquismo sea algo que haya que dejar en el olvido.

Fuente: Dodgen, 2005.

6. MOTIVACIÓN Y DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

6.1. Concepto de Motivación

La motivación es un constructo teórico que designa el conjunto de fuerzas que inician y dirigen la conducta. Se utiliza para poder explicar por qué las personas se comportan de una determinada manera y por qué lo hacen en determinadas situaciones y no en otras. Este concepto

nos sirve para explicar los distintos momentos del comportamiento observable de una persona como son el inicio de ese comportamiento (activación), el mantenimiento (persistencia), el objetivo que tiene (direccionalidad), la intensidad o la fuerza con que se realiza y la finalización del mismo siendo las principales funciones de la motivación la activación y la dirección de la conducta (Fernández-Abascal, 2000; Fernández-Abascal, Jiménez y Martín, 2009).

La activación se ha conceptualizado de diferentes formas aunque actualmente tiende a equipararse al concepto de *arousal* fisiológico. Este *arousal* se manifiesta en forma de cambios corporales como respuestas cerebrales (respuesta electrocortical), respuestas del sistema nervioso autónomo (resistencia de la piel, presión arterial, etc.) y respuestas del sistema nervioso somático (respuestas motoras). La principal característica de la activación es que inicia el comportamiento motivado, esta conducta activada no siempre es manifiesta por lo que no siempre es observable aunque esto no significa que no se esté produciendo. La segunda característica de la activación es la persistencia o el mantenimiento de la conducta, una acción que se mantenga durante un tiempo supone la existencia de una fuerza motivadora. Y la tercera característica es la intensidad o fuerza de la conducta, existiendo una relación entre la intensidad de la conducta y el nivel motivacional, a mayor intensidad de la conducta mayor activación.

La dirección de la conducta explica los objetivos o metas que hacia los que se dirige el comportamiento motivado. Tradicionalmente, estos objetivos se han dividido en objetivos primarios que serían aquellos que están genéticamente determinados y objetivos secundarios, que son objetivos que se propone la persona. Los objetivos secundarios suelen contar con un componente cognitivo más importante y suelen ser fruto de la experiencia y el aprendizaje.

Basándose en el modelo tradicional de Atkinson (1957), Fernández-Abascal plantea la motivación como un proceso que estaría en función de dos factores principales: la necesidad, esto es, el estado del organismo que incita a la ejecución de un comportamiento con una

determinada intensidad, y el incentivo que sería la meta o el objetivo que pretende o bien alcanzar o bien evitar el organismo.

La necesidad puede atender tanto a aspectos puramente biológicos, como emocionales, cognitivos, conductuales y relacionados con ciertas características de personalidad.

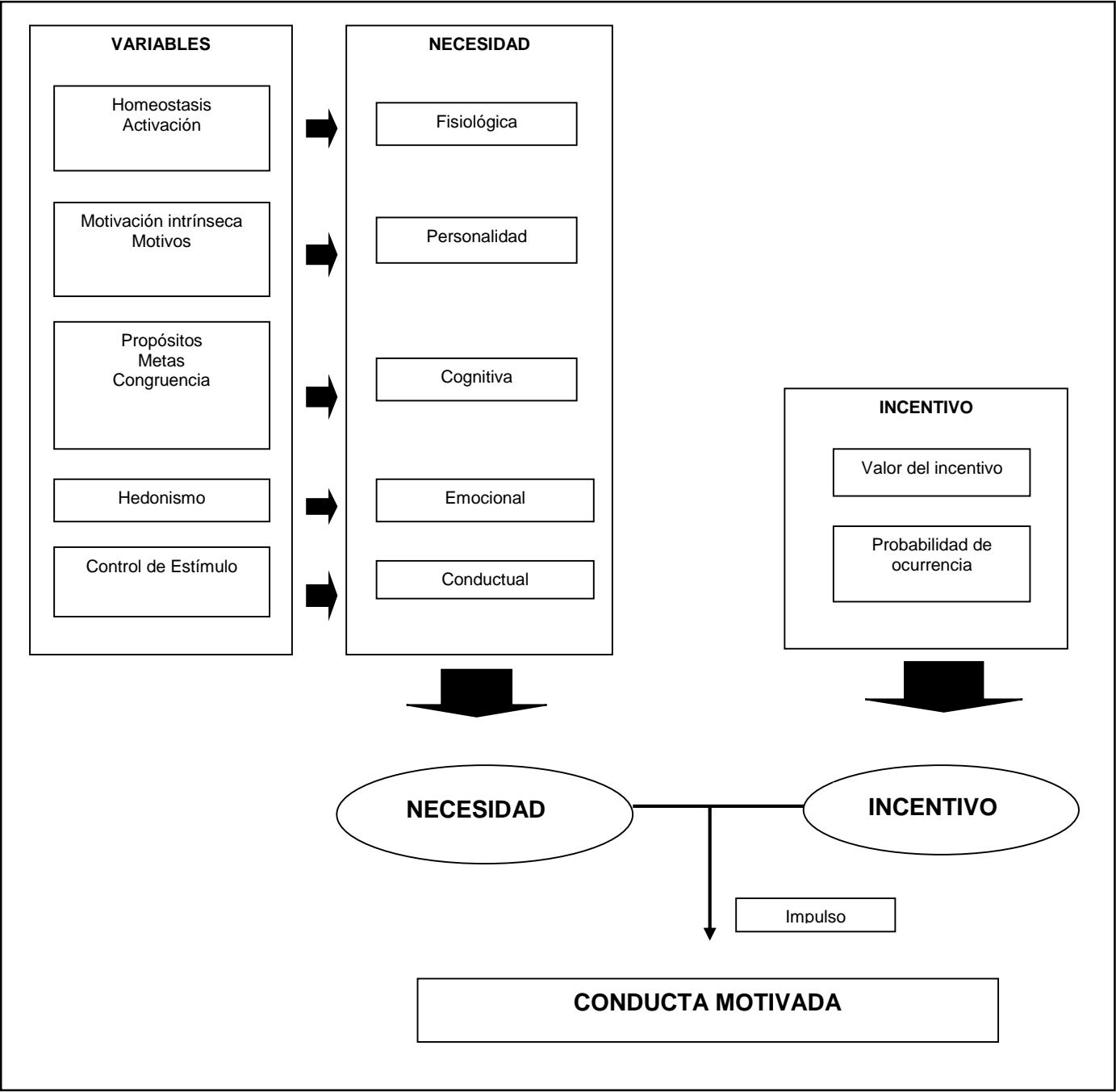
- Las variables biológicas están relacionadas con la supervivencia del organismo e incluyen la homeostasis y la activación.
- Las emocionales incluyen el hedonismo que sería el componente afectivo de la motivación y supone el placer o displacer que puede proporcionar la conducta.
- Los aspectos cognitivos están implicados en la interpretación de lo que sucede y con el inicio y la dirección de la acción. Dentro de las variables cognitivas implicadas en la motivación encontramos los propósitos, metas o planes así como la congruencia y la consistencia ya que todos los sistemas cognitivos inmersos en un proceso dinámico constante integran información nueva de forma congruente con la que ya existe.
- Las variables conductuales, que no únicamente son importantes a la hora de analizar el incentivo sino también en el origen del estado de necesidad. Incluyen el control de estímulos ambientales que pueden inducir determinadas tendencias de acción que a su vez pueden impulsar la conducta motivada.
- Las variables de personalidad hacen referencia a factores individuales consistentes relacionados con las diferencias en los comportamientos de las personas ante situaciones externas similares. Incluyen la motivación intrínseca que sería la motivación por la que una persona realiza determinados comportamientos en ausencia de contingencia externa y los motivos, que se definen como una disposición relativamente estable para ejecutar un determinado comportamiento.

En lo referido al incentivo, hay que tener en cuenta tanto el valor del mismo como la probabilidad subjetiva de conseguirlo. El valor del incentivo va a depender de su magnitud y calidad, de si existe demora o no en la presentación del mismo, de los cambios en su cantidad y calidad así como de la facilidad para obtenerlo. La probabilidad subjetiva de éxito sería la probabilidad estimada de que ejecutando una determinada conducta se puede conseguir o evitar ese incentivo. Incluye variables como la relación de contingencia entre comportamiento e incentivo, las expectativas de eficacia que serían el convencimiento que tiene la persona de poder realizar un determinado comportamiento para conseguir un objetivo y la atribución de causalidad de las consecuencias de la conducta motivada

El proceso de la conducta motivada atiende a todas estas variables, y el peso de cada una de ellas va a depender del proceso motivacional que se trate (Figura 5). Así, las variables biológicas estarían por ejemplo más relacionadas con el sueño que con la motivación de logro.

Históricamente se han desarrollado múltiples modelos teóricos relacionados con la motivación: modelos biológicos, cognitivos, conductuales, psicodinámicos, evolutivos, etc. En los siguientes apartados, sin embargo, se desarrollaran aquellos que más relevancia han tenido en el campo de las adicciones y que están principalmente relacionados con la motivación para el cambio conductual.

Figura 5. El proceso motivacional



Fuente: adaptación propia a partir del original Fernández-Abascal (2009).

6.2. Modelos motivacionales

6.2.1. Modelo Transteórico del Cambio

En la década de los años 80, los autores Prochaska y DiClemente (Prochaska y DiClemente, 1982, 1983, 1984) desarrollaron un modelo tridimensional del cambio de conducta

que cubre de forma global el cambio comportamental y que, aplicado al ámbito de las drogodependencias, abarcaría desde que la persona consume y no se plantea abandonar la droga hasta la desaparición definitiva de este consumo. En contra de otros planteamientos motivacionales en los que la motivación se consideraba como algo estático que la persona tenía o no tenía, estos autores proponen considerar la motivación como un proceso dinámico y fluctuante, multidimensional, y que puede modificarse. Al mismo tiempo, este modelo pretende explicar que factores están relacionados con el cambio de conducta a lo largo del tiempo. En este sentido, el Modelo Transteórico del Cambio (TTM) integra en el cambio conductual estadios, procesos y niveles de cambio pretendiendo describir así cuándo es posible que suceda ese cambio, cómo se produce y qué tipo de cambio se está produciendo.

6.2.1.1. Estadios de cambio

Los estadios de cambio describen los diferentes niveles de predisposición que tiene una persona a la hora de plantearse un cambio de comportamiento. Surgieron a partir de la observación de los autores de que las personas que lograban cambios en sus comportamientos habituales lo hacían a través de un proceso dinámico integrado por seis etapas, excluyentes entre ellas y con unas características propias de cada una de las etapas. Estos estadios los denominaron precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Prochaska y DiClemente, 1984; Prochaska, Norcoss y DiClemente, 1994):

1. **Precontemplación:** en este estadio, la persona no se cuestiona la situación en la que se encuentra ya que no percibe que tengan ningún problema. No considera que su comportamiento tenga consecuencias negativas para sí mismo o para las personas de su entorno. En esta etapa, valora más los aspectos positivos de seguir con ese comportamiento que los negativos. Las

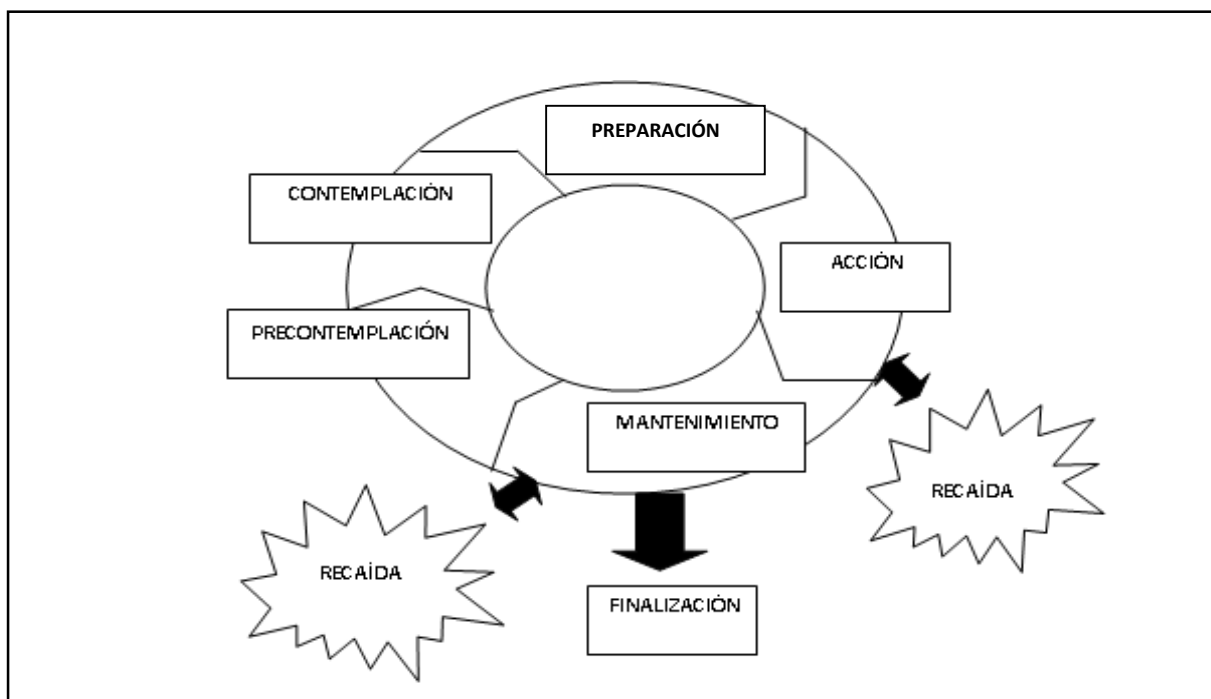
personas pueden permanecer en este estado porque no tengan suficiente información sobre las consecuencias negativas de su conducta o porque haya pasado varias veces por las otras etapas y esté en un momento en el que no quiera realizar un cambio. De cara al abandono de una sustancia adictiva, en el estadio de precontemplación la persona no se plantea dejar el consumo de la sustancia en los próximos seis meses.

2. Contemplación: la persona es más consciente de que su comportamiento tiene consecuencias negativas. Se plantean abandonar ese comportamiento pero todavía no tienen un compromiso serio de cambio. En este momento, los pros y los contras de la conducta se van equilibrando y la persona se plantea dejar el consumo en los próximos seis meses. Es una etapa en la que la persona consumidora tiene la necesidad de hablar de su problema con las drogas, aunque pueden permanecer en esta etapa durante mucho tiempo.
3. Preparación: la persona ha tomado la decisión de realizar un cambio de conducta y se plantea hacerlo en el próximo mes. Se empiezan a realizar cambios relacionados con el cambio de comportamiento, como por ejemplo, empezar a fumar menos cigarrillos o anunciar a las personas del entorno que se va a dejar de consumir.
4. Acción: se produce un cambio en el comportamiento problema que en el caso del consumo de sustancias se traduce en que la persona deja de consumir. Se realizan cambios tanto internos como observables que suponen un compromiso con ese cambio realizado. Es el estadio que requiere más esfuerzo y también en el que el cambio de comportamiento es más observable, por lo que la persona suele recibir apoyo y reconocimiento por parte de su entorno. Esta etapa recoge los primeros seis meses de cambio.

5. **Mantenimiento:** es una etapa en la que la persona debe trabajar para consolidar los cambios conseguidos en el estadio de acción así como para prevenir posibles recaídas. En esta línea, se suelen realizar acciones para evitar posibles consumos así como para llevar a cabo modificaciones en el estilo de vida acordes con la abstinencia. Esta etapa se inicia a los seis meses de haber dado lugar el cambio.
6. **Finalización:** en el estadio de finalización habría desaparecido el problema de tal forma que el mantenimiento de la abstinencia así como los cambios en el estilo de vida no suponen para la persona un esfuerzo añadido. En esta etapa, según los autores, el deseo de consumir la sustancia es nulo y existe una máxima confianza de no volver a consumir. Sin embargo, existe cierta controversia sobre la existencia o no de esta última etapa.

El modelo propone que el cambio de comportamiento no se da de una forma lineal, sino que normalmente las personas suelen pasar por varias veces por la misma fase antes de mantener de forma duradera ese cambio. En el caso del consumo de sustancias, es sobradamente conocido que para que la persona mantenga la abstinencia a largo plazo normalmente ha pasado varias veces por las distintas etapas ocurriendo varias recaídas durante el proceso. Por este motivo, el proceso de cambio de este modelo de una forma circular e incluye las distintas recaídas que pueden acontecer hasta que se consigue mantener la abstinencia (Figura 6).

Figura 6. Estadios del Modelo Transteórico del Cambio



Fuente: adaptación propia a partir del original, Prochaska y DiClemente, 1982.

La recaída no constituye en sí misma un estadio del proceso pero sí forma parte del mismo ya que es un hecho que ocurre frecuentemente. Las recaídas aparecen en la etapa de acción o en la etapa de mantenimiento y, cuando esto sucede, la persona puede volver a cualquiera de los anteriores estadios. En este sentido, y en lo referido al consumo de tabaco, los autores de este modelo proponen que alrededor de un 15% de los fumadores que recaen vuelven al estadio de precontemplación, mientras que la gran mayoría suele hacerlo a etapas contemplativas o de preparación. Cuando alguien recae, suele presentar sentimientos de culpa, frustración o sensación de fracaso y ver este hecho como algo totalmente negativo. Sin embargo, es importante entenderla como una parte más de un proceso complicado de aprendizaje que puede servir para realizar un intento posterior con mayor probabilidad de éxito (Prochaska y DiClemente, 1992).

6.2.1.2. Procesos de cambio

Prochaska y DiClemente (1983) proponen una serie de procesos de cambio que representan un conjunto de actividades tanto observables como encubiertas que realizan las personas cuando quieren llevar a cabo un cambio de comportamiento. A continuación se exponen estos procesos y su aplicación al abandono de una sustancia adictiva:

1. Aumento de concienciación: la persona intensifica la conciencia o el procesamiento de la información respecto a su adicción así como los beneficios que obtendría si abandonara el consumo.
2. Auto-reevaluación: la persona que consume una droga comienza a realizar una valoración afectiva y cognitiva de cómo su consumo afecta a su sistema de valores así como de los beneficios relacionados con este aspecto lo que se derivaría en el cese del consumo.
3. Reevaluación ambiental: supone una evaluación tanto afectiva como cognitiva de cómo el consumo influye en las personas que le rodean y en sus relaciones interpersonales, así como de las consecuencias tanto positivas como negativas que supondría el cambio.
4. Relieve dramático: el relieve dramático supone un proceso en el que se experimentan y expresan emociones relacionadas con la concienciación de los aspectos negativos del consumo.
5. Autoliberación: este proceso se relaciona con un compromiso personal en el que el consumidor aumenta su capacidad para tomar decisiones. Implica el comprometerse a actuar y creer en la propia capacidad de cambio por lo que está estrechamente relacionado con la autoeficacia y la creencia de que se tendrán las habilidades necesarias para superar el problema aún en los momentos más difíciles.

6. Liberación social: la persona aumenta su capacidad de toma decisiones también al tomar conciencia de la representación social que tiene su comportamiento adictivo y de que existe una voluntad social para cambiarlo.
7. Manejo de contingencias: este proceso es una estrategia conductual que consiste en hacer que una determinada conducta aumente o disminuya mediante el refuerzo o autorefuero.
8. Relaciones de ayuda: consiste en la utilización del apoyo social con el que cuenta la persona que quiere dejar de consumir para conseguir su objetivo. Implica el confiar en personas de su entorno cercano para que le ayuden a superar su problema.
9. Contracondicionamiento: en este proceso se produce una modificación de las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras condicionadas al consumo de la sustancia a través del desarrollo de conductas alternativas.
10. Control de estímulos: implica la evitación de la exposición a determinadas situaciones de riesgo para consumir por lo que supone una reestructuración del ambiente para que disminuya la probabilidad de que aparezcan determinados estímulos condicionados al consumo.

Los procesos de cambio se diferencian en función del tipo de variables que están implicadas. Así, se distinguen los procesos de tipo cognitivo que serían el aumento de concienciación, el relieve dramático, la reevaluación ambiental y la autoliberación, que estarían más relacionados con los primeros estadios de cambio (precontemplación, contemplación y preparación). Y los procesos de tipo conductual como la liberación social, el contracondicionamiento, el control de estímulos, el manejo de contingencias y las relaciones de ayuda. Según este modelo, el identificar el estadio de cambio en el que se encuentra la persona y conocer los procesos más característicos de cada estadio puede ofrecer una orientación terapéutica a la hora de abordar el tratamiento para dejar una sustancia de abuso (Tabla 24).

Tabla 24. Estadios del Modelo Transteórico del Cambio

Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Aumento de concienciación	→			
Liberación social	→		→	
	Relieve dramático	→		
	Autoreevaluación	→		
	Autoliberación	→		→
			Manejo de contingencias	→
			Contracondicionamiento	→
			Control de estímulos	→
			Relaciones de ayuda	→

Fuente: Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994.

6.2.1.3. Niveles de cambio

Prochaska y Prochaska (1993) describen cinco niveles de intervención centrados en los cambios que se necesitan para abandonar una conducta adictiva. Los autores proponen que los problemas psicológicos pueden tratarse atendiendo a cinco niveles jerárquicos de cambio:

1. Síntoma/situación.
2. Cogniciones desadaptativas.
3. Conflictos interpersonales actuales.
4. Conflictos sistémicos/familiares.
5. Conflictos intrapersonales.

Aunque se puede intervenir en cualquiera de los niveles, de cara al tratamiento se recomienda comenzar la intervención por el nivel más sencillo, consciente y actual que sería el nivel nivel/síntoma situación que es el nivel más bajo de la jerarquía. El cambio en este nivel es más sencillo de conseguir y suele corresponder con la demanda de la persona que solicita tratamiento.

6.2.1.4. Aplicabilidad al proceso de deshabituación tabáquica

En el año 1991, los autores del modelo publican una investigación en la que encuentran las mismas etapas y procesos de cambio en fumadores que habían observado en otras investigaciones (DiClemente, et al., 1991). Desde este momento, y al igual que sucede en otras adicciones, este modelo ha sido aplicado a la cesación tabáquica con el fin de utilizar las mejores estrategias terapéuticas en función del momento de cambio en el que se encuentre el fumador.

Parece evidente que lo mejor para iniciar una deshabituación tabáquica es que la persona se encuentre en el estadio de preparación. Sin embargo, no todos los fumadores que solicitan tratamiento para dejar de fumar se encuentran en un estadio de preparación, de hecho la mayor parte de ellos suelen encontrarse en el estadio de contemplación (Becoña y Mínguez, 2008) por no hablar de los fumadores de la población general que se encuentran en su mayoría en el estadio de precontemplación (Fu, et al, 2011). El planteamiento de este modelo es que, si se utilizan herramientas poco adecuadas para el momento de cambio en el que se encuentra la persona, esto puede afectar a su motivación para dejar de fumar por lo que es necesario adaptar la intervención a la individualidad de cada fumador. En este sentido, una de las técnicas más utilizadas es la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002), técnica que proporciona las estrategias específicas a utilizar en función de cada momento y con la que se puede ayudar al fumador a avanzar en su proceso de cambio. Además de las estrategias motivacionales, se han propuesto diferentes técnicas que se podrían utilizar de forma específica y que ayudarían al fumador a avanzar en su camino hacia la cesación tabáquica (Becoña y Cortés, 2010). Algunas de estas técnicas son:

- **Psicoeducación:** la psicoeducación ofrece información al fumador sobre los efectos del consumo de tabaco, tanto para sí mismo como para su entorno, por lo que aumentaría los procesos de aumento de concienciación, liberación social y control de estímulos.

- Clarificación de valores: la persona tiene que definir sus principales valores y analizar cómo el consumo de tabaco puede afectar a éstos por lo que con esta técnica se aumenta el proceso de auto-reevaluación.
- Solución de problemas: el adquirir o mejorar las competencias para la solución de problemas se relaciona con un aumento en la autoeficacia percibida así como en el proceso de autoliberación.
- Análisis de situaciones de riesgo y prevención de recaídas: utilizada en la fase de acción y mantenimiento, aumenta la autoeficacia y la autoliberación.
- Técnicas de relajación: importantes sobre todo en los inicios de la deshabituación tabáquica, estaría relacionada con el proceso de contracondicionamiento.
- Entrenamiento en asertividad: mejora la capacidad de fumador para rechazar ofrecimientos de tabaco y mejoraría el proceso de contracondicionamiento.
- Técnicas cognitivas: modificación de cogniciones erróneas respecto al tabaco y la abstinencia y sustitución por pensamientos más racionales. Se pueden aplicar a muchos procesos, principalmente al aumento de concienciación, la auto-reevaluación, la reevaluación ambiental, autoliberación, contracondicionamiento y manejo de contingencias.
- Reforzamiento: incrementa el proceso de manejo de contingencias.

En el año 2004, Prochaska y colaboradores realizan un estudio a 4.653 fumadores con el fin de evaluar la consistencia y la estabilidad de los efectos de los estadios de cambio en el comportamiento de fumar. Este grupo de fumadores fueron asignados a 11 condiciones de tratamiento diferentes y se observó que las intervenciones breves basadas en cada etapa de cambio y centradas en ayudar a los fumadores a progresar de un estadio a otro lograban aumentar considerablemente la abstinencia al dejar de fumar (Prochaska, Velicer, Prochaska y Jonson, 2004). Así mismo, y en lo referido a fumadores que sufren otro trastorno mental,

DiClemente y colaboradores (Di Clemente et al., 2011) observaron que, el utilizar desde la consulta de psiquiatría estrategias de intervención breve con fumadores que sufrían un trastorno mental grave tenía un impacto positivo en estos fumadores.

6.2.1.5. Críticas al modelo

El TTM ha sido aplicado ampliamente a múltiples cambios conductuales entre los que se incluye el tratamiento de las adicciones. Sin embargo, también han surgido críticas tanto a lo referido a los aspectos conceptuales como a la implicación en los procesos terapéuticos. Algunos autores han propuesto que los estadios no son mutuamente excluyentes y que no existe evidencia de que se produzca un movimiento secuencial a través de los distintos estadios. (Littell y Girvin, 2002). En esta línea, se ha sugerido que lo más correcto parece ser considerar la existencia de modelos continuos ya que, a excepción del estadio de precontemplación, al realizar un análisis de conglomerados los estadios no surgen de forma consistente (Wienstein, Rothmany y Sutton, 1998).

Becoña y colaboradores publican en 2008 una guía clínica sobre intervenciones en adicciones en la que realizan una revisión sobre las evidencias científicas del modelo en relación a diferentes niveles de evidencia: nivel de evidencia uno que incluye ensayos clínicos controlados aleatorizados y bien diseñados o bien meta-análisis, nivel de evidencia dos que incluye ensayos clínicos con pequeñas limitaciones metodológicas y nivel de evidencia tres que incluye estudios descriptivos, comparativos y de casos controles (Becoña y Cortés, 2008). Las principales conclusiones de esta revisión son:

- Nivel de evidencia uno:
 - Los principios del TTM pueden ser aplicados a una amplia gama de conductas relacionadas con la salud.
 - La utilización de procesos de cambio difiere según los estadios de cambio.

- La secuencia propuesta entre estadios y procesos de cambio no puede generalizarse a todas las áreas de intervención. Así, por ejemplo, en el proceso de dejar de fumar sí que se ha observado que en los primeros estadios se utilizan más los procesos cognitivos que los conductuales pero esto no sucede en el incremento del ejercicio físico o en el cambio de dieta, donde los procesos cognitivos y conductuales se dan de forma simultánea (Rosen, 2000).
- Nivel de evidencia dos:
 - Los procesos de cambio de tipo cognitivo son más utilizados en personas que progresan del estadio de precontemplación al de contemplación.
 - No se observan diferencias en los procesos de cambio entre las personas que avanzan y las que no lo hacen del estadio de contemplación al de preparación.
 - Los estadios no son categorías independientes.
- Nivel de evidencia tres:
 - La progresión entre estadios tiene más éxito si se tienen en cuenta los procesos de cambio de cada momento. Se ha demostrado que es más útil utilizar los procesos de cambio cognitivos en las etapas de precontemplación a preparación, mientras que los procesos conductuales parecen ser más útiles a partir del estadio de acción.
 - Existe disparidad entre la clasificación de los estadios y su definición operativa. Herzog y Blagg (2007) realizaron un estudio transversal con 242 fumadores y concluyeron que las etapas de cambio no parecían ser cualitativamente muy distintas. Observaron que más de la mitad de los precontempladores estaban ya contemplando la posibilidad de dejar de fumar e incluso alguno de ellos lo había dejado. Por otro lado, la mayoría de los contempladores no sólo se limitaban a pensar en dejar de fumar sino que ya lo habían intentado anteriormente.

- Existe heterogeneidad de las personas dentro de cada uno de los estadios. Así por ejemplo, se han encontrado diferentes tipos de fumadores en el estadio de contemplación con una utilización diferenciada de los distintos procesos de cambio (Anatchkova, Velicer y Prochaska, 2005).
- En lo referido a la predicción del abandono, estudios realizados sobre tratamiento de adicciones con adolescentes ponen de manifiesto que sólo es relevante el estadio de precontemplación.
- Los procesos de tipo conductual en el estadio de acción no permiten predecir por sí mismos la aparición de una recaída.

Por último, y en relación con la aplicabilidad del modelo a los procesos terapéuticos, en el año 2010 se publicó una revisión Cochrane sobre los tratamientos para dejar de fumar basados en los estadios de cambio (Cahill, Lancaster y Green, 2010). En esta revisión se incluyeron sólo estudios controlados randomizados con un seguimiento como mínimo de seis meses que comparaban las intervenciones para dejar de fumar basadas en los estadios de cambio con intervenciones para dejar de fumar que no seguían este criterio. La revisión concluye que las intervenciones en las que no se tiene en cuenta el momento del cambio del fumador no son menos efectivas que las que están basadas en cada momento de cambio. Tampoco se encontró evidencia para la restricción de utilizar el consejo o asesoramiento para dejar de fumar sólo en los estadios de preparación o acción. Sí que se observó, que las intervenciones terapéuticas adaptadas a cada estadio de cambio eran mejores que no realizar ningún tipo de intervención, pero el valor de adaptar las intervenciones tal y como propone este modelo parece no estar del todo claro.

6.2.2. Modelo del Balance Decisional

En 1977 los autores Janis y Mann propusieron un modelo basado en un concepto de motivación general orientado a la toma de decisiones. Según el modelo, cuando una persona va a tomar una decisión utiliza un esquema de balance decisional, esto es, realiza un balance tanto de las ganancias como de las pérdidas (*pros y contras*) de las distintas alternativas que se le presentan. Los autores plantearon ocho categorías en relación a la toma de decisiones:

1. Beneficios instrumentales para uno mismo.
2. Beneficios instrumentales para los demás.
3. Aprobación por parte de uno mismo.
4. Aprobación por parte de los demás.
5. Costes instrumentales para uno mismo.
6. Costes instrumentales para los demás.
7. Desaprobación por parte de uno mismo.
8. Desaprobación por parte de los demás.

De esta manera, cuando una persona se enfrenta a una situación problemática se plantearía, según el modelo, una serie de preguntas: “¿hay riesgos importantes si yo no cambio este comportamiento?”, “¿hay riesgos si elijo un comportamiento alternativo?”, “¿es probable que encuentre una alternativa válida si realizo una búsqueda minuciosa?”, ¿tengo tiempo para llevar a cabo esa búsqueda?”, en función de las respuestas a estas preguntas, la persona tendría distintas formas de afrontar la situación problemática:

- Inercia no conflictiva: supondría seguir con el mismo tipo de comportamiento sin darle mayor importancia al problema ni realizar cambios.
- Cambio no conflictivo: se tiene cierta consideración del problema y se realiza algún cambio fácil que nos suponga ningún conflicto interior.

- Evitación defensiva: considera que tiene un problema importante pero teme equivocarse al elegir cualquiera de las alternativas que se plantea por lo que tiende a no tomar ninguna decisión.
- Sobrevigilancia: la persona considera que tiene un problema importante, sabe que hay soluciones mejores y peores pero no se considera capaz de tomar una decisión por falta de tiempo o por un exceso de presión externa por lo que tiende a desvincularse del problema o a elegir una de las opciones al azar, decisión que luego le produce malestar o arrepentimiento.
- Vigilancia: la persona sabe que tiene un problema importante, y se plantea solucionarlo dedicándole el tiempo necesario y realizando un proceso lógico de resolución de problemas.

Este modelo se ha aplicado a los procesos de toma de decisiones en muchos ámbitos, incluido el de la dependencia a sustancias donde este proceso de valoración de *pros* y *contras* es principal, tanto a la hora de decidir abandonar el consumo, como en el mantenimiento de la abstinencia. En esta línea, se ha relacionado estrechamente con el TTM así como con el proceso de dejar de fumar. Basándose en la teoría de Janis y Mann, Velicer y colaboradores en el año 1985 elaboraron una escala de *pros* y *contras* de la conducta de fumar según la cual los autores proponen que se podrían obtener resultados para valorar la motivación de los fumadores a la hora de dejar el consumo de tabaco. De esta manera, los fumadores poco motivados para abandonar el tabaco darían más importancia a los *pros* de seguir fumando que a los *contras*. Aquellos que han recaído y los que se encuentran en la etapa de contemplación darían el mismo peso a los *pros* y a los *contras* de la conducta de fumar, mientras que en los que han dejado de fumar recientemente darían mayor relevancia a los *contras* (Velicer, Di Clemente, Prochaska y Brandenburg, 1985).

6.2.3. Teoría PRIME

La teoría PRIME desarrollada por Robert West (2006) propone un sistema motivacional humano compuesto por cinco subsistemas que interactúan entre sí: planes, respuestas, impulsos, motivos y evaluaciones. Este sistema su vez se encuentra en una situación constante de cambio debido a estímulos internos (en el caso de la conducta de dejar de fumar podría ser el deseo de mantener el estado de salud o ser modelo para los hijos) y externos (por ejemplo presión familiar, estímulos relacionados con el tabaco, etc.).

6.2.3.1. Subsistemas motivacionales

Los subsistemas tienen una estructura jerárquica de tal forma que en el nivel superior estarían los planes, seguidos de las evaluaciones, los motivos, los impulsos y finalmente las respuestas.

Los planes son representaciones mentales de las acciones o secuencias de acción, que incluyen algún tipo de compromiso con esas acciones y alguna representación mental de la situación de partida. Muchos de estos planes son nuestros diarios mentales que estructuran nuestra vida guiando las actividades o rutinas del día a día. Se elaboran a partir de las evaluaciones y están sujetos a cambios en función de la nueva información.

Otros de estos planes son los que utilizamos para realizar cambios duraderos en nuestra conducta como puede ser dejar de fumar. Estos planes necesitan de la generación y/o el recuerdo de motivos para influir en el comportamiento.

A su vez los motivos pueden combinarse o competir con otros motivos que también están presentes en el momento por lo que para que un plan influya en el comportamiento debe recordar el momento oportuno y el compromiso de que se deben generar motivos que superan las motivaciones e impulsos de la competencia.

Las evaluaciones serían muchas de nuestras creencias que utilizamos para atribuir un valor a las cosas. Pueden ser globales (bueno-malo), estéticas (agradable-desagradable), funcionales (realizado bien o mal), éticas (algo está bien o está mal) y utilitaristas (es útil o es perjudicial). Las evaluaciones no influyen directamente en el comportamiento sino que lo hacen a través de los motivos. Esto es, por el hecho de pensar que algo va a ser bueno no vamos a actuar a no ser que ese algo se convierta en un motivo, por ejemplo, el deseo. Por lo que, según esta teoría, las creencias conducirían a la acción a través de los sentimientos.

Las evaluaciones pueden influir en los motivos de forma directa, mediante la generación de representaciones de las cosas que encontramos atractivas o repulsivas y de forma indirecta generando estados emocionales que nos hacen sentir bien o mal acerca de esas cosas. A veces dos evaluaciones sobre un mismo objeto pueden coexistir y si existe conflicto aparecerá la disonancia y la motivación para disminuirla, bien suprimiendo algunas creencias, modificándolas o bien añadiendo otras.

Los motivos son representaciones mentales que incluyen un grado de valencia. Vienen a la conciencia cuando algún estímulo llama la atención sobre ellos y se experimentan como deseo, ganas o necesidad (ej. deseo de fumar un cigarrillo). En la generación de los motivos juega un papel importante la experiencia pasada y los estados emocionales asociados a esta experiencia. Si algo en el pasado fue placentero es más probable que ahora vuelva a desearlo. La intensidad del motivo va a depender de la intensidad del estado emocional asociado a la representación mental de esa experiencia. Cuando se generan diferentes motivos, los que más pueden prevalecer para generar impulsos a la acción son aquellos con una valencia superior.

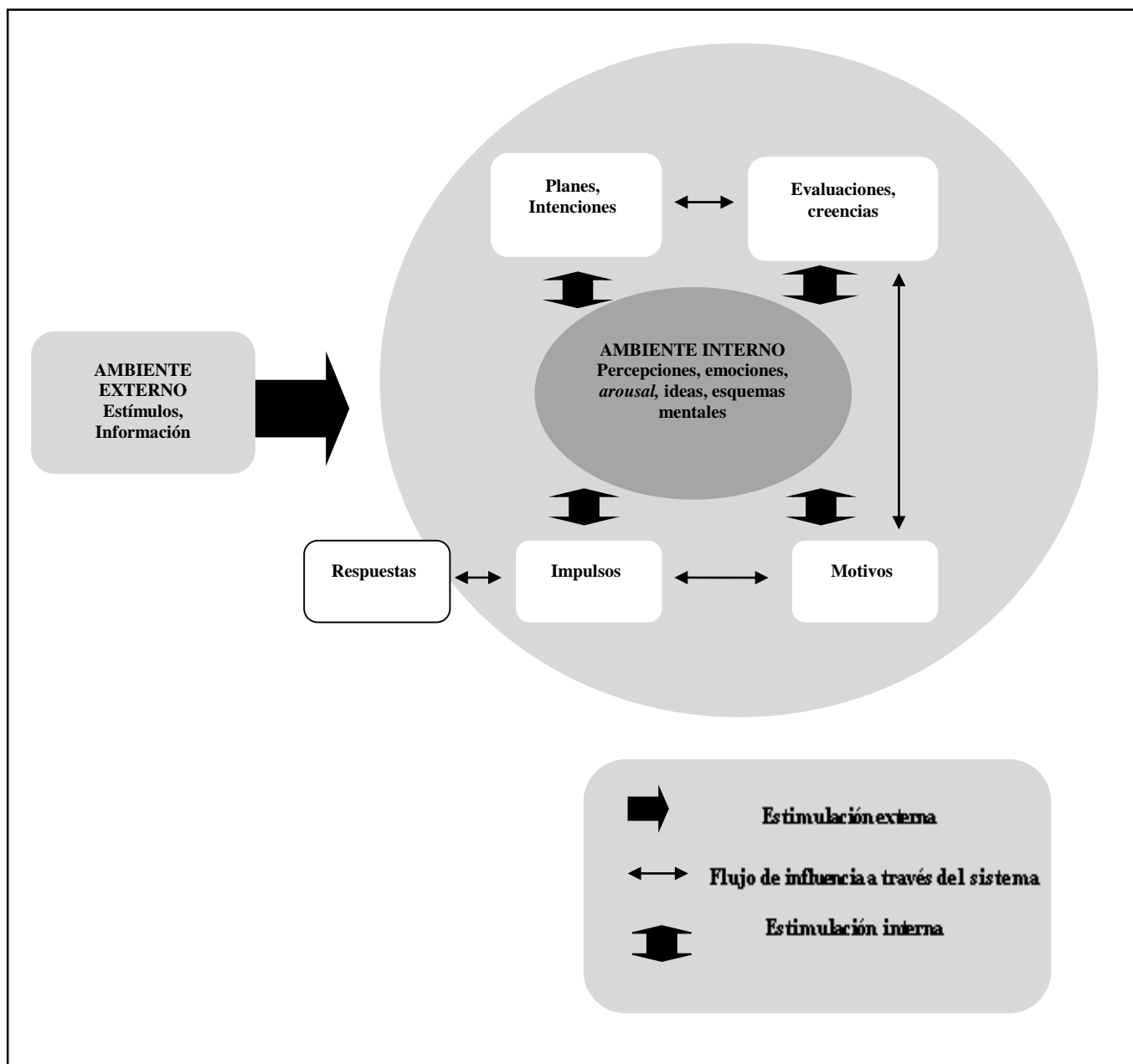
Los impulsos dentro del sistema motivacional tienen una prioridad inherente pero no de gran importancia en comparación con las necesidades o los deseos. Se relacionan con la activación o inhibición del SNC y son fuerzas motivacionales que compiten o se combinan para generar una fuerza resultante que da paso a que comience, se modifique o se detenga una acción.

Se generan por estímulos o información interna y externa, estados emocionales e instrucciones derivadas de los niveles superiores del sistema motivacional. Tienen calidad de urgencia e inmediatez, de algo que nos impulsa a realizar la acción.

Las respuestas serían formas de iniciar, parar o modificar acciones. Pueden ser desde el nivel de motivación más simple como son los reflejos (ej. un estremecimiento en respuesta al dolor) o estar relacionadas con niveles superiores del sistema de motivación como puede ser la conducta de fumar derivada del motivo que sería el deseo de fumar y del impulso a hacerlo. En lo relacionado a dejar de fumar, por ejemplo, y en concreto con los niveles más superiores como son los planes, podría existir en una persona el plan para dejar de fumar. Durante el síndrome de abstinencia, el motivo para no fumar competiría con el motivo para aliviar los síntomas de abstinencia, pero si el motivo para dejar de fumar tiene un valor suficientemente alto en ese momento, prevalecerá un impulso inhibitorio y la respuesta final será de no fumar un cigarrillo.

Por tanto, y a modo de resumen de los distintos subsistemas, toda meta o comportamiento dirigido estaría canalizado a través de los motivos (deseos y necesidades) que actúan en el momento. Las evaluaciones y las intenciones, no influirán en el comportamiento a menos que generen motivos en el momento adecuado. En consecuencia, los motivos ofrecen la mejor predicción de la conducta objetivo y el mejor punto de partida para entenderla.

Figura 7. Sistema motivacional humano según la Teoría PRIME



Fuente: adaptación propia a partir del original West, 2006.

6.2.3.2. Implicaciones en la cesación tabáquica

Aunque la teoría PRIME es relativamente reciente, se ha aplicado a distintos ámbitos relacionados con el cambio de comportamiento, mayormente al área de las adicciones y especialmente al tabaquismo (Fidler y West, 2011; McEwan y West, 2010; West, 2009; West, Evans y Michie, 2011). Desde el modelo se entiende que el cambio de comportamiento no

tiene por qué producirse de forma lineal a través de distintas etapas sino que puede suceder en una sola transformación completa, suceder sin haber sido intencionado previamente, involucrar periodos de inestabilidad y de duración variable y ocurrir en respuesta a desencadenantes aparentemente insignificantes. Este autor expone que la cesación tabáquica es complicada debido a distintos aspectos:

- El impulso de fumar: muchos fumadores experimentan este impulso de fumar ante determinados estímulos elicítadores de este comportamiento que aparecen en situaciones en las que la persona normalmente fuma.
- El deseo de fumar: para disfrutar y experimentar satisfacción y placer.
- La necesidad de fumar: con el fin de evitar los síntomas de abstinencia.
- La rutina de fumar: planes de fumar en determinados momentos que se repiten convirtiéndose en rutinas.

En relación a estos factores, la intervención para dejar de fumar debe centrarse en reducir la motivación para seguir fumando y aumentar la motivación para dejar de fumar. Para conseguir el primer objetivo desde este modelo se recomienda:

- Reducir el impulso:
 - Utilizar la medicación mientras aún se está fumando para romper la relación entre fumar y experimentar una recompensa.
 - Reducir la exposición a estímulos relacionados con el tabaco.
- Reducir el deseo y la necesidad:
 - Utilizar la medicación mientras se está fumando y durante la abstinencia para hacer que la conducta de fumar sea menos satisfactoria y reducir la urgencia de fumar relacionada con la aparición de los síntomas de abstinencia.
 - Controlar la exposición a situaciones que provoquen deseo y necesidad.

- Modificar creencias: convencer a los fumadores de que su comportamiento no reporta ningún beneficio.
- Cambiar planes: modificar rutinas relacionadas con el tabaco.

En lo referido al aumento de la motivación para dejar de fumar, se plantea:

- Generar impulsos que puedan competir con el de fumar: configurar respuestas habituales en el fumador que compitan con los estímulos elicitadores de la conducta de fumar.
- Incrementar el deseo y la necesidad de no fumar:
 - Utilizar recompensas y castigos externos: aprobación social, desaprobación, incentivos.
 - Mantener la importancia concedida a los sentimientos negativos relacionados con el tabaco (ansiedad, estar a disgusto...).
 - Fortalecer las recompensas internas por no fumar (p. ej. mejorar rendimiento).
- Modificar creencias: fortalecer creencias negativas sobre el tabaco y creencias positivas sobre la nueva identidad como no fumador.
- Establecer planes coherentes y firmes:
 - Establecer como parte de la nueva identidad de no fumador la regla “ni una calada”.
 - Establecer como regla “si fumo entonces...” para minimizar deseos y necesidades.

Por último, desde el modelo se recomienda promover que se lleven a cabo intentos de abandono de tabaco en lo que el autor denomina “fumadores no seleccionados”, esto es, en todo tipo de fumadores, con intervenciones centradas en promover la acción más que en el cambio de creencias. En contra de lo propuesto en otros modelos, el autor propone promover el uso de ayudas efectivas para dejar de fumar en todos los fumadores aunque no hayan planteado su

deseo de abandonar el tabaco, poniendo el foco en que se promueva el desarrollo de una nueva identidad como no fumador.

6.3. Motivación y deshabituación tabáquica

6.3.1. Influencia de los factores motivacionales en la cesación tabáquica

La motivación para dejar de fumar es un aspecto clave cuando tratamos de analizar los factores que contribuyen a que una persona deje de fumar con éxito. De hecho, muchos fumadores piensan que el sólo hecho de querer dejar de fumar es un factor suficiente y necesario para conseguir y mantener la abstinencia al tabaco (Balmfrod y Borland, 2008). Sin embargo, cuando una persona decide dejar de fumar, tanto si recurre a una ayuda terapéutica como si lo intenta por sí misma, son múltiples las razones que pueden contribuir a que finalmente decida hacerlo (una enfermedad propia o de un familiar, el coste económico del tabaco, la legislación vigente, etc.) y a mantenerse abstinente (beneficios obtenidos al dejar de fumar, refuerzo social, etc.). Algunos estudios sobre factores predictores de éxito al dejar de fumar han tenido en cuenta los motivos o razones que alegan los fumadores para abandonar el consumo de tabaco. Este es el caso del estudio llevado a cabo por Hymowitz y colaboradores (Hymowitz, 1997) quienes realizaron un seguimiento a cinco años de fumadores que habían dejado de fumar sin ayuda terapéutica con el fin de valorar las variables que estaban relacionadas con el éxito en el mantenimiento de la abstinencia. Los autores encontraron que el 90,2% de las personas que hicieron un intento de dejar de fumar alegaron motivos de salud, seguidos de un 52,8% cuyo motivo principal fue el gasto económico y un 52,4% para quienes su principal motivo era el dar buen ejemplo o ser buen modelo. No se encontraron, sin embargo, diferencias significativas entre los motivos de las personas que finalmente se mantenían abstinentes y los que no conseguían hacerlo. Otro estudio, por el contrario, si encontró estas diferencias significativas. Así, en el año 1993 Halpern y Warner analizaron las razones para dejar de fumar y su relación

con el éxito al hacerlo en una encuesta realizada a 7.700 personas. Encontraron que los motivos que más se relacionaban con el éxito al dejar de fumar eran los relacionados los motivos de salud y ser ejemplo para los hijos, mientras que los motivos económicos, el efecto del tabaco en otras personas y la presión familiar, se relacionaban con la disminución del consumo pero no con la cesación total (Halpern y Warner, 1993). Estudios más recientes muestran que la motivación es un factor necesario para realizar un intento de abandono del tabaco pero no es suficiente en sí misma para explicar el mantenimiento de la abstinencia, donde pueden estar influyendo otras múltiples variables. Una de estas investigaciones es la que llevaron a cabo Borland y colaboradores (Borland, et al., 2010) quienes trataron de analizar cómo los factores motivacionales influían en la decisión de realizar un intento de dejar de fumar así como la relación de éstos con el mantenimiento de la abstinencia. Con este fin, valoraron la siguientes variables motivacionales: deseo de dejar de fumar, frecuencia en el último mes de apagar el cigarrillo antes de terminarlo, preocupación por el coste económico del tabaco, preocupación por consecuencias para la salud de seguir fumando, expectativas de mejoras en la salud al dejar de fumar, expectativas de mejora en el estilo de vida si deja de fumar y actitud general hacia el tabaco. También midieron variables no puramente motivacionales, pero que incluían algún componente relacionado con la motivación: el haber realizado algún intento de dejar de fumar en el último año, autoeficacia, intención de dejar de fumar a corto, a medio o a largo plazo (un mes, en seis meses, más allá de seis meses, no intención de dejar de fumar) y la motivación para seguir fumando (si disfrutaban con el tabaco y si el tabaco era una parte importante de sus vidas). La investigación mostró que todas las variables motivacionales estaban relacionadas con el hecho de realizar algún intento de dejar de fumar, siendo las variables que mayor predecían estos intentos el desear dejar de fumar y el apagar los cigarrillos antes de terminarlos. Sin embargo, no lo hacían respecto al hecho de mantener la abstinencia por lo que los autores concluyen que la motivación para dejar de fumar es algo que la persona necesita para poner en

marcha acciones a corto plazo para abandonar el consumo pero que no es suficiente para asegurar que la persona se mantendrá abstinentemente por un largo periodo de tiempo. Resultados similares se han encontrado en otras investigaciones (Zhou, et al., 2009) en las que se observa que las variables motivacionales, como el querer dejar de fumar y la intención de hacerlo en el próximo mes, estaban relacionadas con el hecho de realizar un intento de dejar de fumar pero no con el hecho de mantener la abstinencia una vez haberse producido ese intento. En relación al mantenimiento de la abstinencia y la recaída, este estudio mostró como más significativas variables relacionadas con la dependencia a la nicotina, la exposición a estímulos relacionados con el tabaco, el *craving* o urgencia por fumar, los síntomas de abstinencia y la falta de apoyos para dejar de fumar.

Una variable altamente relacionada con la motivación para el mantenimiento de la abstinencia al dejar de fumar es la expectativa de autoeficacia. El término se deriva de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1982) quien distingue entre expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado. Las expectativas de autoeficacia se refieren a las creencias que tiene una persona sobre su capacidad para llevar a cabo un determinado comportamiento mientras que las expectativas de resultado serían las creencias que tiene la persona sobre las consecuencias de la acción realizada. En relación al poder predictores de esta variable en la cesación tabáquica se observa que (Moreno y Herrero, 2000):

- Las expectativas de autoeficacia para la cesación tabáquica son el resultado de distintos factores: experiencias de éxito en el pasado, estado de ánimo actual, repertorio de estrategias de afrontamiento del fumador, atribución de los fracasos anteriores, experiencia con modelos y generalización de las expectativas de autoeficacia a otras situaciones.
- Las expectativas de autoeficacia son predictoras cuando la persona lleva ya un tiempo sin fumar, esto es, cuando se basa en la experiencia propia de éxito.

- Las expectativas de autoeficacia correlacionan positivamente con el mantenimiento de la abstinencia pero negativamente con los intentos de dejar de fumar. Esto es, el tener la creencia de “puedo dejarlo cuando quiera” puede llevar a un permanente aplazamiento de la decisión de dejar de fumar.
- La relación entre las expectativas de autoeficacia y la probabilidad de dejar de fumar con éxito parece tener forma de una U invertida. Así, es necesario un cierto nivel de autoeficacia para que una persona consiga mantener con éxito la abstinencia pero no tan alto como para pensar que el tener consumos esporádicos de tabaco no traerán ninguna consecuencia negativa.

6.3.2. Estrategias de intervención que fomentan la motivación para dejar de fumar

El estudio de la motivación ha sido un elemento fundamental a la hora de realizar programas de tratamiento en cualquier tipo de adicción incluida la adicción al tabaco. Tradicionalmente, la motivación se ha descrito como un requisito previo a que comience el tratamiento y, al mismo tiempo, la falta de motivación se ha utilizado como excusa para explicar los motivos por los que una persona no inicia la intervención, la abandona o no consigue dejar de consumir. Dentro de esta conceptualización más clásica, la motivación se entendía como un rasgo que la persona tenía o no tenía, siendo ésta una responsabilidad de la persona que consumía y no del terapeuta. El concepto de motivación aplicado al abandono de sustancias adictivas fue evolucionando y dando lugar a una nueva conceptualización de la motivación que puede ser sintetizada de acuerdo a las siguientes suposiciones (Miller y Rollnick, 2002; Miller, 1999):

- Es fundamental para el cambio: supone la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia de cambio respecto a su dependencia.

- Es multidimensional: abarca tanto los deseos y las urgencias de consumir, como las presiones externas para dejar de hacerlo, las percepciones sobre los riesgos y beneficios de seguir con el consumo, etc.
- No es algo estático, sino dinámico y fluctuante: puede variar con el tiempo y a lo largo de diferentes situaciones. Al mismo tiempo puede variar su intensidad en función de la ambivalencia de la persona ante su decisión sobre el abandono del consumo.
- Puede verse influenciada por las interacciones sociales: puede estar influenciada por los familiares, amigos y las condiciones sociales.
- Se puede modificar: existen diversos factores que pueden modificar la motivación respecto al abandono de una sustancia de abuso. Entre ellos destacan los niveles de angustia relacionados con el consumo, la aparición de un hecho crítico en la vida de una persona (p.ej. muerte de un familiar por consumo de tabaco), la valoración que hace la persona de cómo la sustancia está afectando a su vida, el reconocimiento de las consecuencias negativas del consumo y los incentivos tanto internos como externos (p. ej. refuerzo social por dejar de fumar).
- El estilo del terapeuta puede modificar la motivación: cuando los estilos son muy directivos y confrontativos esto puede suscitar resistencias en la persona que necesita ayuda por lo que siempre es recomendable un estilo más centrado en la persona, empático y de persuasión amable.
- La tarea del terapeuta es hacer surgir y aumentar la motivación: el terapeuta puede ayudar a la persona que consume a reconocer que su conducta es problemática, aumentar la confianza en sí mismo para conseguir el abandono del consumo y dotarle de estrategias para desarrollar un plan de acción y ponerlo en marcha así como para mantenerse en ese cambio de comportamiento.

Entendiendo la motivación desde esta perspectiva, se asume como parte fundamental de la intervención terapéutica con fumadores el utilizar estrategias que le ayuden a aumentar su motivación para el abandono del tabaco. Estas estrategias tienen como objetivo incrementar la concienciación del fumador sobre las consecuencias negativas de su conducta adictiva, potenciar su percepción de autoeficacia y proporcionarle un contexto adecuado que facilite la toma de decisiones. Los profesionales sanitarios no siempre son conscientes de lo importante de realizar una intervención motivacional adecuada y en ocasiones cometen errores importantes a este respecto, algunos estos errores pueden apreciarse en la Tabla 25.

Tabla 25. Estrategias terapéuticas inadecuadas para promover el abandono del tabaco

1.	No escuchar de forma activa y reflexiva
2.	No preguntar por la información y opiniones que el fumador ya tiene
3.	No mostrar interés ni considerar las opiniones y perspectivas del fumador
4.	Ignorar el escepticismo, las vacilaciones y las emociones en general así como las dificultades para dejar de fumar
5.	Juzgar o menos preciar las opiniones del fumador
6.	Aconsejar por sistema sin que el fumador lo pida
7.	Animar sin escuchar
8.	Decir frases tipo “lo que usted tiene que hacer” o “lo que usted debería hacer”
9.	Discutir
10.	Ir deprisa hacia el abandono del consumo sin previa deliberación con el fumador

Fuente: Costa, Moreno, Sánchez-Vegazo y Ayllón, 2008.

Diversos autores han descrito cuáles serían las estrategias más adecuadas para mejorar la motivación en el proceso de dejar de fumar (Becoña, 2004; Costa, Moreno, Sánchez-Vegazo y Ayllón, 2008). A continuación se exponen de forma resumida aquellas que han tienen mayor aceptación:

1. Proporcionar información: aunque esta estrategia por sí misma no produce un cambio en el comportamiento, si es conveniente ofrecer a la persona

información clara y objetiva de cómo el tabaco puede estar dañando su salud así como información sobre el modo en que podemos ayudarle.

2. Validar la perspectiva del otro: implica aceptar que el fumador tiene sus propias opiniones y que éstas pueden ser distintas a las del terapeuta. Es fundamental para establecer una relación de confianza y que el terapeuta se convierta en una persona digna de crédito y con capacidad para influir
3. Eliminar obstáculos: el proceso terapéutico debe incluir la identificación de posibles obstáculos que puedan impedir o dificultar el cambio de comportamiento, en este caso el abandono del tabaco.
4. Ofrecer distintas alternativas para que la persona elija: esto proporciona una sensación de mayor control sobre su decisión y, además, es más probable que el fumador se comprometa más con una alternativa que él mismo ha decidido que con otra que le impone el terapeuta.
5. Disminuir los factores que hacen que la conducta de fumar sea deseable: cuando una persona fuma, este comportamiento tiene tanto consecuencias positivas como negativas. Sin embargo, el fumador en muchas ocasiones centra su atención sólo en los aspectos positivos del tabaco ignorando o concediendo menos importancia a los negativos. En este sentido, es recomendable realizar una valoración de *pros* y de *contras* de la conducta de fumar, tanto para sí mismo como para las personas que le importan, así como tratar de buscar otras fuentes de refuerzo alternativas al consumo.
6. Aceptar y mostrar empatía: si la persona percibe que aceptamos sus argumentos sin juzgarle y que entendemos lo que su perspectiva y sus sentimientos, es más

fácil que disminuya la resistencia al cambio y se muestre más colaborador e involucrado en el proceso terapéutico.

7. Proporcionar *feedback*: estrategia utilizada durante las entrevistas que implica el recoger la información que nos ha ido dando el fumador y expresarle cómo, en función de esa información, podemos ayudarle.
8. Clarificar objetivos: proponer distintos objetivos concretos, realistas y que sean aceptados por la persona.
9. Facilitar la toma de decisiones: es fundamental para que la persona asuma su responsabilidad en el proceso de cambio. Algunas estrategias que pueden facilitar esta toma de decisiones serían:
 - Identificar sus valores y tomar decisiones acorde a esos valores.
 - Señalar discrepancias entre esos valores y su comportamiento de fumar.
 - Reforzar expresiones automotivadoras o que denotan un cambio en la forma de pensar.
 - Enfatizar que tiene libertad para poder decidir lo que crea más conveniente.
 - Reforzar su autoeficacia: la persona se implicará más en un objetivo y se comprometerá más con él si su percepción de autoeficacia es elevada.
10. Ofrecerle ayuda activa: si la persona finalmente acepta la ayuda que se le ofrece, a continuación se puede proponer una posible fecha para el abandono, concertar citas de seguimiento, ofertarle las distintas opciones de tratamiento, etc.

6.3.3. Motivación y deshabitación tabáquica en personas con trastornos mentales.

6.3.3.1. Motivación y déficits motivacionales en personas con trastorno mental

Algunos trastornos mentales incluyen dentro de sus criterios diagnósticos diversos déficits en aspectos motivacionales. Las disfunciones motivacionales pueden manifestarse como un síntoma psicopatológico de múltiples formas. Así encontramos dificultades a la hora de dirigir algunos aspectos de la conducta motivada como puede ser el exceso o reducción del apetito o problemas con la organización y regulación de los comportamientos motivados como por ejemplo sucede en las personas con problemas de juego. También es frecuente encontrar dificultades en la persecución de metas concretas, toma de decisiones y en general con aquellos comportamientos que requieren un esfuerzo.

Los déficits motivacionales que con mayor frecuencia encontramos en los diversos trastornos mentales son la apatía y la abulia. La apatía se define como una pérdida persistente de la motivación que se encuentra relacionada con una disminución de la voluntad, del interés por las actividades y de la iniciativa. Así mismo, implica una disminución de los aspectos conductuales, emocionales y cognitivos de la acción dirigida a un objetivo. La abulia, sería la pérdida de la motivación, el deseo o la capacidad para decidir. Suele manifestarse junto a la pérdida de espontaneidad al actuar y del habla así como de lentitud mental y motora. Son diversos los trastornos mentales en los que suelen aparecer los síntomas de apatía y abulia siendo especialmente significativos en algunos tipos de esquizofrenia, en los trastornos afectivos como el trastorno depresivo mayor y en el alcoholismo (Marín, 1990; Mesa y Rodríguez, 2007).

En la esquizofrenia, los déficits motivacionales son parte de la sintomatología negativa del trastorno, poniéndose de manifiesto esta apatía y abulia en la dificultad a la hora de realizar actividades básicas de la vida diaria, la falta de persistencia en actividades productivas, la lentitud y la propensión al cansancio tanto físico como mental. Suelen ocurrir con mayor

frecuencia en esquizofrenias crónicas como la esquizofrenia de tipo residual y asociarse a peores resultados respecto al funcionamiento general a largo plazo (Fervaha, Foussias, Agid, y Remington, 2014). Respecto a la depresión, ésta se caracteriza por un estado general de inhibición en el que la apatía, la abulia y la anhedonia, junto con el estado de ánimo deprimido son el núcleo del trastorno. De hecho la apatía forma parte de los criterios diagnósticos necesarios en el episodio depresivo mayor, siendo frecuente en las personas con depresión que abandonen aficiones, dejen de tener relaciones sociales y disminuyan significativamente su nivel de actividad. Igualmente estos déficits motivacionales suelen estar presentes en personas con dependencia al alcohol, aunque probablemente esto sea debido a la alta prevalencia de depresión en las personas con esta dependencia ya que se estima que hasta un 80% de las personas con dependencia al alcohol presentan algún episodio depresivo a lo largo de sus vidas como consecuencia del consumo crónico de la sustancia (American Psychiatric Association, 2013; Casas y Guardia, 2002).

Esta sintomatología asociada a los diversos trastornos ha sido utilizada tradicionalmente como una de las grandes excusas para no realizar tratamientos de deshabituación tabáquica en personas con trastornos mentales. Como se analizará en el siguiente apartado, uno de los grandes mitos respecto a este tema es que los fumadores que padecen otros trastornos mentales, debido a las características inherentes a sus diagnósticos psiquiátricos, no están motivadas para dejar de fumar. Sin embargo, se ha observado que realizando intervenciones adecuadas, los déficits motivacionales de estas personas pueden abordarse para lograr conseguir objetivos concretos. En esta línea, diversos estudios avalan que la intervención motivacional en personas con esquizofrenia mejora el nivel de *insight*, la vinculación a los servicios, la sintomatología clínica, el funcionamiento general y también el consumo de sustancias (Palma, Farriols, Cebriá, Segura, 2007). Igualmente, otro tipo de intervenciones como las actividades realizadas a través de terapia ocupacional que consiguen un aumento en el nivel de activación de las personas que

las realizan, han logrado mejorar significativamente la sintomatología negativa, sobre todo en lo relacionado con la apatía, la abulia y la anhedonia (Bejerholm y Eklund, 2007; Eklund, Hansson y Bejerholm, 2001; Rouleau, Saing-Jean, Stip y Fortier, 2009; Tatsumi, Yotsumoto, Nakamae y Hashimoto, 2012).

6.3.3.2. Motivación para dejar de fumar en personas con trastornos mentales

Como se ha descrito previamente, la motivación para dejar de fumar es un factor importante a tener en cuenta en la cesación tabáquica de cualquier fumador. Este factor incluye entre otras variables el deseo de dejar de fumar, la intención de llevarlo a cabo en un periodo de tiempo determinado, las preocupaciones por el hecho de seguir fumando y las expectativas y actitudes respecto al tabaco. Tradicionalmente se ha pensado que estas variables estaban presentes de forma menos frecuente en los fumadores con trastornos mentales. La investigación de los últimos años, sin embargo, ha mostrado datos en contra de esta idea ofreciendo resultados positivos respecto a la motivación en este tipo de fumadores. A continuación se exponen algunos de estos resultados como respuesta a diversas preguntas que suelen ser frecuentes a la hora de plantear una cesación tabáquica a fumadores con patología psiquiátrica:

1. ¿Los fumadores con trastornos mentales quieren dejar de fumar?

Entre los años 2000 y 2011, el Departamento de Salud de la ciudad de Adelaida en Australia desarrolló un programa para abandonar o reducir el consumo de tabaco dirigido exclusivamente a personas con trastornos mentales. Durante este periodo de tiempo, solicitaron el programa 1.043 fumadores con patología psiquiátrica. Entre otros resultados, los responsables del programa encontraron que un 87% de los solicitantes expresó su deseo de dejar de fumar y poco más del 10% de fumar menos cantidad de tabaco (Ashton, Rugby y Galletly, 2013). También este deseo de dejar de fumar puede apreciarse en fumadores ingresados en

hospitales psiquiátricos, observándose que entre un 80-89% de estos fumadores manifiestan su intención de dejar de fumar en los próximos seis meses (Prochaska, Fletcher, Hall y Hall, 2006).

Otro estudio, realizado también en Australia en un hospital psiquiátrico, analizó entre otras variables el grado de deseo de dejar de fumar entre los pacientes fumadores allí ingresados, valorado en una escala de 1 a 10. Los autores encontraron que el 56,8% de estos fumadores puntuaban entre un cuatro y un diez su deseo de dejar de fumar. Estos resultados también se han obtenido en otras investigaciones donde se muestra que un importante número de fumadores con diversos diagnósticos de trastorno mental expresan deseos de dejar de fumar (Hall et al., 2006; McFall, et al., 2010; Moaller-Saxone, 2008).

La investigación reciente por tanto, indica que las personas con trastornos mentales expresan de forma similar al resto de la población el querer dejar de fumar aunque se observa que ésta motivación puede variar en función del tipo de diagnóstico. Así los fumadores con diagnósticos de trastornos psicóticos, aunque también expresan deseos de abandonar el consumo de tabaco, parecen niveles inferiores de motivación que las personas con otros diagnósticos como la depresión (Siru, Hulse y Tait, 2009).

2. ¿Tienen las mismas preocupaciones respecto al consumo de tabaco y expresan los mismos motivos para dejarlo que el resto de fumadores?

Las personas con trastornos mentales parecen tener las mismas preocupaciones y expresan los mismos motivos para dejar de fumar que el resto de la población como se pone de manifiesto en distintos estudios, tanto de fumadores con trastorno mental que realizan su tratamiento en centros de salud mental ambulatorios, como aquellos que se encuentran ingresados en centros de rehabilitación de media o larga estancia. Así lo podemos observar en un estudio llevado a cabo con 127 personas ingresadas en el servicio de psiquiatría de un hospital neoyorkino, el cual se encontraba dividido en distintas unidades: hospitalización breve, UCPP con dos unidades diferenciadas en función de la gravedad del trastorno (grave/moderado)

y una unidad de personas con discapacidad intelectual/personas con trastornos por abuso de sustancias. Cuando a estos fumadores se les preguntaba en qué medida consideraban que el tabaco afectaba su salud, el 68% contestaba que creían que les afectaba de forma negativa e igualmente un 68% consideraban que dejar de fumar les ayudaría a mejorar su estado de salud, observándose que en la unidad de personas con discapacidad mental/personas con trastornos por abuso de sustancias estaban más de acuerdo con estas afirmaciones que en la unidad de larga estancia grave. Aun así, cuando se les preguntaba a los fumadores ingresados en la UCPP sobre cuáles creían ellos que serían los beneficios de dejar de fumar, expusieron creencias muy similares a lo que podemos observar en el resto de la población (Tabla 26) (Carosella, Ossip-Klein y Owens, 1999). Estos resultados han sido constatados en estudios más recientes que demuestran que en personas hospitalizadas con trastorno mental grave, la creencia de que el tabaco está afectando seriamente a la propia salud está asociado con un mayor deseo de dejar de fumar así como con estar en estadios de contemplación o preparación en el proceso de abandonar el consumo de tabaco (Anzai, Young-Wolff y Prochaska, 2015).

Respecto a los motivos expresados para dejar de fumar señalar el estudio llevado a cabo por Dickerson y colaboradores (Dickerson, et al., 2011) quienes entrevistaron a 78 personas con trastorno mental grave que habían dejado de fumar y se mantenían abstinentes desde hacía cuatro meses. Cuando se les preguntaba cuáles habían sido sus principales motivos para dejar de fumar, el 73% de ellos señaló como primer motivo la salud seguido del gasto económico, el haber recibido consejo de su médico para hacerlo o el haber recibido consejo de otras personas para hacerlo. Resultados similares se observan en otros estudios en los que los motivos de salud parecen ser los principales a la hora de abandonar el consumo de tabaco aunque también se han mostrado relevantes otros como el tener un mayor autocontrol y/o una mayor satisfacción personal al dejarlo (Siru, Hulse y Tait, 2009; Stockings, et al., 2013).

Tabla 26. Creencias respecto a los beneficios de dejar de fumar en personas ingresadas en una UCPP

Creencia	Porcentaje de fumadores
Se respira mejor/desaparece la tos	83%
Mejora el estado físico	19,1%
Mejora el sistema cardiovascular	19,1%
Aclara los sentidos	17%
Reduce el riesgo de cáncer	10,6%
Se recupera el peso perdido/mejora hábitos de alimentación	8,5%
Varias mejoras para la salud	8,5%
Aumenta la energía	6,4%
Se ahorra dinero	6,4%
Se piensa con mayor claridad	6,4%
Mejora el estado de los dientes	6,4%

Fuente: Carosella, Ossip-Klein y Owens, 1999..

3. ¿Qué motivos alegan para seguir fumando?

En el estudio previamente descrito llevado a cabo en el servicio de psiquiatría de un hospital neoyorkino también se consultó a los fumadores allí ingresados cuáles eran sus motivos para seguir fumando y/o que barreras pensaban ellos que tenían a la hora de dejar de fumar. Los cuatro principales motivos que alegaron las personas encuestadas fueron que disfrutaban fumando (47,2% de los encuestados), la fuerza del hábito adquirido (36,1%), el aburrimiento (12,5%) y la ansiedad (11,1%). Otros motivos que expusieron fueron que el fumar les hacía sentirse bien (les relajaba, estimulaba o aliviaba el dolor), el fácil acceso a los cigarrillos, tener problemas emocionales o mejorar la socialización a través del tabaco (Carosella, Ossip-Klein y Owens, 1999). Todos estos motivos para continuar fumando como puede observarse, tampoco difieren mucho de los motivos que el resto de fumadores de la población general suelen alegar para justificar su consumo de tabaco siendo muy frecuente que éstos sean el que disfrutan fumando (“me gusta”), les ayuda a manejar los estados de ánimo negativos, o el no querer enfrentarse a superar la dependencia y los síntomas de abstinencia a la hora de dejarlo. Así se

comprobó en una investigación realizada con fumadores diagnosticados de esquizofrenia y de trastorno esquizoafectivo donde se quiso valorar las expectativas respecto al consumo de tabaco en estos fumadores comparándolas con otros fumadores sin diagnóstico de otras patologías psiquiátricas. Lo que se observó es que tanto en los fumadores con diagnósticos psicóticos como en los fumadores sin diagnósticos de otro trastorno mental, el principal motivo para continuar fumando era que el tabaco les ayudaba a reducir los estados de ánimo negativos (Tidey y Rohsenow, 2009).

4. ¿Realizan intentos de dejar de fumar?

Junto con la idea comúnmente extendida de que los fumadores con trastornos mentales no quieren dejar de fumar se encuentra otra creencia que es la de que estas personas no realizan intentos para abandonar el tabaco. Sin embargo, los resultados empíricos también demuestran lo contrario. Se sabe que alrededor de un 85% de las personas fumadoras con algún diagnóstico de trastorno mental han realizado algún intento de dejar de fumar en el pasado. Estos datos también pueden apreciarse en personas con psicopatología que se encuentran ingresados en centros psiquiátricos de y larga estancia donde se ha observado que el 81,5% de los fumadores a los que se les preguntó sobre sus intentos de dejar de fumar admiten haberlo intentando alguna vez en su vida, dividiéndose ese porcentaje según el número de intentos en: un 15,5% que lo había intentado sólo una vez, un 30,9% que lo había intentado dos o tres veces y un 35,1% que lo había intentado más de tres veces (Mendelson y Montebello, 2013; Stockings, et al., 2013).

5. ¿Están preparados para dejar de fumar?

Cuando se analizan datos de los fumadores de la población general se observa que un 68% de los fumadores se encuentran en la etapa de precontemplación, esto es, que de momento no se plantean dejar de fumar. Mientras que un 25% estaría en el de contemplación y un 7% en el de preparación para la acción (Becoña, 2004). Pero ¿qué sucede con las personas con trastornos mentales?, ¿se observan los mismos porcentajes respecto a los distintos estadios de

cambio? Diversos estudios sugieren que las personas con trastornos mentales psicóticos muestran porcentajes de preparación para dejar de fumar similares a los de la población general. La mayoría de los estudios realizados sobre este tema sugieren que el estadio de cambio más frecuente dentro de los fumadores, tanto con otros trastornos mentales como sin ellos, es el de precontemplación (Acton, Prochaska, Kaplan, Samll y Hall, 2001; Etter, Mohr, Qarin y Etter, 2004; Tidey y Rohsenow, 2009) aunque un estudio más reciente realizado con 956 fumadores durante una hospitalización psiquiátrica ha encontrado un mayor porcentaje de personas que estaban en el estadio de contemplación (el 46,8%) frente al de precontemplación (el 29,6%) (Anzai, Young-Wolff y Prochaska, 2015).

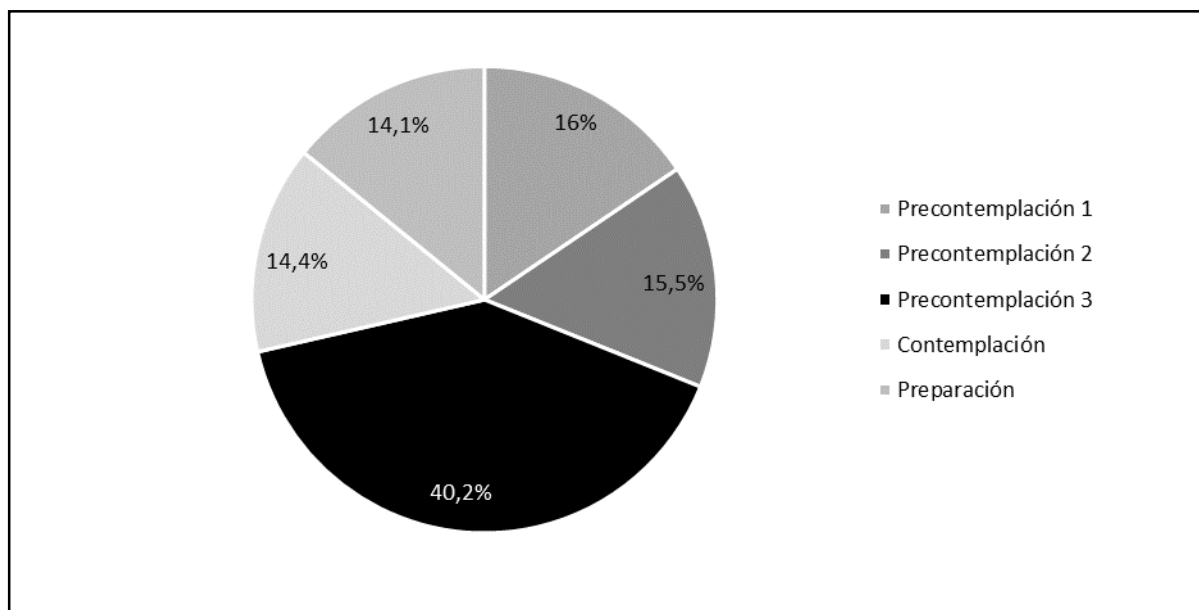
Entre los años 2009 y 2010 se llevó a cabo un estudio en un hospital australiano de carácter público con 97 fumadores que permanecían ingresados en distintas unidades psiquiátricas del hospital (Stockings et al., 2013). Los autores del estudio tenían como uno de sus principales objetivos establecer en qué momento del proceso de cambio respecto a la conducta de fumar se encontraban estas personas así como los factores relacionados con las distintas fases de preparación para dejar de fumar. Entre otros instrumentos de evaluación, utilizaron un cuestionario para valorar la preparación y la motivación para dejar de fumar, el *Readiness and Motivation to Quit Questionnaire* [RMQ], (Crittenden, Manfredi, Lacey, Warnecke y Parsons, 1994) que diferencia los distintos estadios de cambio del TTM en:

- Precontemplación 1: no está pensando seriamente en dejar de fumar, no planea dejarlo, no piensa seriamente reducir el consumo de tabaco.
- Precontemplación 2: no está pensando seriamente en dejar de fumar, no planea dejarlo pero si está pensando seriamente en reducir el consumo de tabaco.
- Precontemplación 3: está pensando seriamente dejar de fumar o planea hacerlo pero no en los próximos seis meses.

- Contemplación: está seriamente pensando en dejar de fumar en los próximos seis meses pero no en el próximo mes.
- Preparación para la acción: está seriamente pensando en dejar de fumar en el próximo mes.

Lo que los autores encuentran es que un porcentaje importante de los fumadores encuestados estaban seriamente pensando en dejar de fumar, y muchos de ellos tenían pensado hacerlo a corto/medio plazo como puede observarse en la Figura 8, donde se exponen los principales resultados respecto a la preparación para abandonar el consumo de tabaco en este grupo de fumadores.

Figura 8. Preparación para dejar de fumar en personas ingresadas en unidades psiquiátricas de media y larga estancia



Fuente: adaptación propia a partir del original Stockings. et al., 2013.

Respecto a los factores asociados con una mayor preparación para dejar de fumar, se observaron el haber realizado un intento reciente de abandono del tabaco (en los últimos 12 meses) y el expresar que no se disfrutaba siendo fumador. Otros estudios realizados en fumadores con trastornos mentales señalan como otros factores relacionados con la motivación

para dejar de fumar la percepción de un mal estado de salud y, curiosamente, el tener mayor dependencia a la nicotina así como mayor sintomatología psiquiátrica (Anzai, Young-Wolff y Prochaska, 2015).

A la vista de los datos encontrados, podemos concluir que las investigaciones realizadas sobre la motivación para dejar de fumar en personas con trastornos mentales parecen ofrecer evidencia empírica sobre el hecho de que estos fumadores sí desean dejar de fumar, están preocupados por las consecuencias negativas del tabaco, realizan intentos de abandono y muestran intención de abandonar su conducta de fumar de forma similar al resto de la población fumadora. Esto no exime de que, debido a la alta dependencia a la nicotina que suelen presentar, a la mayor probabilidad de tener una recaída al dejar de fumar y a la problemática asociada a sus otros trastornos mentales, se deban adaptar las intervenciones terapéuticas a sus necesidades particulares.

II PARTE: Investigación empírica

II. SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

7.1. Objetivos

El objetivo general de la investigación es conocer los datos de consumo de tabaco así como la motivación para dejar de fumar entre los fumadores ingresados en la UCPP del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos.

Como objetivos secundarios se plantean los siguientes:

- Obtener datos sobre la prevalencia de consumo de tabaco en los usuarios ingresados en la UCPP.
- Describir las principales características de esta población en lo referido a las siguientes variables:
 - Sociodemográficas
 - Patologías orgánicas relacionadas con el consumo de tabaco
 - Realización de actividades fuera de la unidad de ingreso
 - Psicopatológicas
 - Consumo de tabaco
- Analizar la motivación de los usuarios ingresados en la UCPP mediante el estudio de su deseo de dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco, motivos para dejar de fumar, resultados del balance decisional respecto a su consumo y estadio de cambio en el proceso de dejar de fumar.
- Establecer relaciones entre el consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina de los usuarios ingresados en la UCPP y sus características sociodemográficas y psicopatológicas así como las relativas a la salud y a la realización de actividades.

- Establecer relaciones entre la motivación para dejar de fumar de los usuarios ingresados en la UCPP y sus características sociodemográficas y psicopatológicas así como las relativas a la salud, la realización de actividades, el consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina.

7.2. Hipótesis

Se plantean las siguientes hipótesis:

1. La prevalencia de consumo de tabaco así como la dependencia al mismo es elevada entre las personas ingresadas en una UCPP.
2. El mayor consumo de tabaco en las personas ingresadas en la UCPP está relacionado con una mayor gravedad de su psicopatología en lo referido a más años de ingreso, existencia de comorbilidad entre distintos diagnósticos, menores puntuaciones en el EEAG y antecedentes de consumo de sustancias así como de intentos autolíticos.
3. En los fumadores ingresados en una UCPP se observan factores relacionados con la motivación para dejar de fumar.
4. La mayor motivación para dejar de fumar en las personas ingresadas en la UCPP está relacionada con un mayor nivel de actividad así como con una menor gravedad de la psicopatología en lo referido a menos años de ingreso, menor comorbilidad entre distintos diagnósticos y ausencia de antecedentes de consumo de sustancias así como de intentos autolíticos.

8. MATERIAL Y MÉTODO

8.1. Diseño y ámbito del estudio.

La investigación llevada a cabo ha seguido el diseño de un estudio observacional, analítico y transversal.

Es un estudio observacional ya que no ha existido manipulación de ninguna variable y sólo se ha llevado a cabo la observación de los distintos factores. Es analítico pues trata de establecer relaciones de asociación entre una serie de variables. Y es transversal ya que se recogen datos de un punto específico en el tiempo.

El estudio se ha llevado a cabo en la UCPP o unidad de larga estancia del área de Salud Mental del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos. Como se ha comentado previamente, el área de Salud Mental del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos comprende además otras unidades y la misma UCPP se divide en tres subunidades dependiendo del grado de actividad global y autonomía de los residentes. El motivo de realizar la investigación en la UCPP es que en ellas están ingresados los usuarios con una psicopatología más grave, lo que se consideró una variable importante a tener en cuenta a la hora de realizar la investigación. Por otro lado, el resto de las unidades tienen unas particularidades que las hacen muy diferentes entre sí por lo que se descartaron para el estudio:

- La Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) es una unidad de media estancia en la que reciben tratamiento hombres y mujeres, cosa que en el resto del centro no sucede. Se descartó del estudio para evitar posibles sesgos.
- Respecto a los otros dispositivos que pertenecen a la UCPP:
 - La Unidad de Rehabilitación de Conducta (URECO) tiene un régimen muy restrictivo en el que todo el acceso al tabaco está controlado por el equipo terapéutico. Aunque en la UCPP hay algunos fumadores a los que se les controla el tabaco, en esta unidad todos los usuarios tienen controlado el acceso al mismo por lo que los datos de prevalencia no serían del todo fiables.
 - En la Unidad Residencial se encuentran ingresados usuarios con mayores niveles de autonomía que favorecen el estar más desconectados de las dinámicas terapéuticas de otras unidades y que tienen un régimen de ingreso diferente.

- Respectos a los Pisos Tutelados, las personas que viven allí no se encuentran bajo un régimen prototípico de UCPP.
- Además de estos dispositivos, también se descartó otra unidad de la UCPP en la que residen 14 usuarios que por su refractariedad a los tratamientos no fue posible el usar los instrumentos de recogida de información que se han utilizado en el estudio.

8.2. Población de estudio

La investigación se ha realizado con 102 fumadores varones ingresados en la UCPP del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos. Los criterios de inclusión en el estudio fueron el ser fumador, estar ingresado en la UCPP, y dar el consentimiento para participar en el mismo. Los criterios de exclusión fueron el tener un diagnóstico comórbido de discapacidad intelectual y el no dar el consentimiento para participar en la investigación. La muestra inicial de fumadores era de 122 usuarios, 14 de ellos no participaron debido a tener un segundo diagnóstico de discapacidad intelectual y 6 no lo hicieron porque se negaron a participar en el estudio.

8.3. Consentimientos informados

El consentimiento informado no sólo es la firma de un documento sino que consiste en la manifestación expresa por parte de una persona competente (esto es, una persona cuya capacidad física y mental le permite tomar una decisión) de participar en una investigación conociendo los riesgos, beneficios y consecuencias de esta participación. En nuestro estudio existe la peculiaridad de un porcentaje importante de los participantes tienen una incapacitación civil y están tutelados, o bien por sus familiares, o bien por una entidad que se encarga de la tutela. En este caso las dos entidades encargadas de la tutela son la Agencia Madrileña de Tutela de Adultos (AMTA) y la Fundación Manantial. Por este motivo, se diseñaron dos tipos de consentimientos informados: uno para aquellos fumadores que no estaban incapacitados y otro para aquellos fumadores que sí lo estaban, en cuyo caso el consentimiento fue firmado por el

tutor legal (Anexos 1 y 2). Independientemente de que la persona estuviera incapacitada o no, antes de comenzar la primera entrevista se les pedía su consentimiento para participar en la investigación, no incluyéndose en la muestra a aquellos fumadores que se negaron a participar en la misma.

8.4. Instrumentos de evaluación

8.4.1. Cuestionario estructurado

Se ha diseñado un Cuestionario estructurado (Anexo 3) en el que se incluyen variables sociodemográficas, referidas a la realización de actividades, relacionadas con la salud física, psicopatológicas, de consumo de tabaco y de motivación para dejar de fumar. Estas variables se encuentran detalladas en el apartado “Variables del estudio”. En el diseño de este cuestionario se han incluido ítems del Cuestionario sobre el hábito de fumar (Becoña, 1994) y también se incluye el resultado de la prueba del cooxímetro que será explicado más adelante.

La información que se recoge en el Cuestionario estructurado proviene principalmente de dos fuentes: los fumadores entrevistados y la historia clínica del paciente, recogida en el programa informático del centro (ACTICX) y a la que sólo se accede mediante clave personalizada.

8.4.2. Cuestionario sobre el hábito de fumar

El Cuestionario sobre el hábito de fumar (Becoña, 1994), es una entrevista semiestructurada formada por 70 ítems en la que se evalúan diferentes variables relacionadas con el consumo de tabaco: cantidad y frecuencia, intentos de abandono, razones para dejar de fumar y enfermedades y síntomas relacionados con el consumo (Anexo 4). Debido a las características de la población de estudio, no se ha utilizado el cuestionario al completo sino sólo algunos ítems relacionados con el consumo de tabaco, así como con la motivación para

dejar de fumar y que, como se ha explicado previamente, se han incluido como parte del Cuestionario estructurado.

8.4.3. Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina (FNTD)

El FNTD (Heatherton, Kozlowski, Frecher & Fagerström, 1991) es una de las escalas más conocidas y utilizadas para valorar la dependencia a la nicotina. Ha sido validado con medidas fisiológicas de nicotina en sangre, lo que permite que sea utilizado como una medida de dependencia fisiológica. Consta de seis ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. Se acepta que cuando la puntuación se encuentra entre uno y tres puntos se considera que la dependencia es baja, cuando está entre cuatro y seis puntos la dependencia es moderada y más de seis puntos se considera una alta dependencia a la nicotina (Anexo 5).

8.4.4. Cuestionario de Balance Decisional de Tabaquismo

Basándose en la Teoría del Balance Decisional de Janis y Mann, Velicer y colaboradores (Velicer, DiClemente, Prochaska y Brandenburg, 1985) desarrollaron esta escala de *pros* y *contras* de la conducta de fumar según la cual se pueden obtener resultados para valorar la motivación de los fumadores a la hora de conseguir dejar el consumo de tabaco. La escala consta de 20 ítems, divididos en dos subescalas, una de ítems *pros* y otra de ítems *contra* y cinco alternativas de respuesta (Anexo 6). Con ella se obtienen datos sobre los aspectos a favor y en contra del comportamiento de fumar así como un resultado final del balance que realiza esta persona respecto a su conducta (Velicer, DiClemente, Prochaska y Brandenburg, 1985).

8.4.5. Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

La escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island o URICA (McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983) es un autoinforme diseñado para la evaluación de los estadios de cambio según el TTM de Prochaska y Di Clemente (Anexo 7). Está compuesta

de 32 ítems a los que la persona contesta en una escala tipo Likert (valores de uno a cinco) en función del grado de acuerdo que tiene con cada una de las afirmaciones, tomando como marco referencial temporal el momento actual. La escala permite identificar en que estadio de cambio se encuentra el fumador: precontemplación, contemplación, acción o mantenimiento (no se incluye el estadio de preparación).

8.4.6. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) es un instrumento que permite obtener los datos necesarios para realizar el diagnóstico en el Eje V del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –*DSM-IV-TR*- (American Psychiatric Association, 2002). Esta escala consiste en una especificación numérica de la gravedad clínica y del funcionamiento psicosocial de una persona afectada por un trastorno mental. A través de ella se obtienen datos cuantitativos que facilitan la realización de análisis comparativos. La escala comprende diez intervalos de diez puntos cada uno (Anexo 8) que delimitan diferentes niveles de afectación psicopatológica así como de desempeño de menor a mayor déficit.

8.4.7. Cooximetría: Medición de monóxido de carbono en aire expirado

La cooximetría (Anexo 9) es una exploración que nos permite conocer la cantidad de monóxido de carbono (CO) que un sujeto tiene en el aire que expira. Esta cantidad está en relación con su hábito como fumador. Para la medición de este parámetro se utiliza el cooxímetro que es un aparato por el que, a través de una maniobra sencilla, se obtiene el conocimiento de los niveles de CO en el aire expirado por la persona. Normalmente, se observa una relación directa entre el número de cigarrillos consumidos y los niveles de CO en el aire espirado por el fumador. Además, es un parámetro objetivo que indica a la persona que fuma el daño que el tabaco le está produciendo en el organismo. La medida tiene una vida media corta, entre dos y cinco horas, por lo que aumenta su validez si se realiza en las últimas horas

del día. La técnica consiste en que la persona debe realizar una inspiración profunda y mantener el aire durante unos 15 segundos. Pasado ese tiempo, debe expulsar el aire de forma lenta, prolongada y completa. Normalmente se considera que cifras por debajo de cinco partes por millón (p.p.m.) corresponden a personas no fumadores, entre cinco y diez p.p.m. a fumadores esporádicos y puntuaciones por encima de diez o más partes por millón (p.p.m) corresponden a personas fumadoras (SRNT Subcommittee on Biochemical Verification, 2002). En general, existe acuerdo en que hay una relación directa entre la cantidad de cigarrillos consumidos y el nivel de CO en aire expirado, de tal forma que a mayor cantidad de tabaco mayor concentración de CO. Sin embargo, esto no siempre es así ya que pueden observarse variaciones en función del patrón de consumo de tabaco, la existencia de algunas patologías orgánicas o, incluso, la edad y el sexo. Por ejemplo, puede suceder que fumadores que consumen un menor número de cigarrillos presenten niveles elevados de CO en aire expirado si fuman muy deprisa o inhalan muy profundamente el humo (Deveci, Deveci, Açık, y Ozan, 2004; Joseph, et al., 2005).

8.5. Variables del estudio

A continuación se describen las variables del estudio, exponiéndose de forma más detallada en la Tabla 27:

- Variables sociodemográficas: se recogieron datos sobre edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios y asignación económica diaria. La asignación económica diaria se refiere a la cantidad de dinero que la persona recibe diariamente y que era gestionada por el personal del centro, principalmente trabajadores sociales y personal de enfermería.
- Variables relacionadas con la salud física: los datos obtenidos respecto a la salud fueron los diagnósticos de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en las que éste es un factor determinante en su desarrollo, o bien factores de

riesgo para la salud en las que el consumo de tabaco es un potenciador de los mismos.

- Variables relacionadas con la realización de actividades: respecto a la actividad, se obtuvieron datos de la asistencia a talleres ocupacionales, laborales, formativos y otros así como de las horas semanales de asistencia a estos talleres.
- Variables psicopatológicas: se recogieron datos del diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, años de ingreso en el centro, tipo de ingreso (voluntario/involuntario), historia de abuso de sustancias, antecedentes de intentos autolíticos, grado de minusvalía reconocida y nivel de actividad global. Los diagnósticos están basados en la nomenclatura CIE-10 que es el instrumento utilizado en los servicios de salud mental de la Comunidad de Madrid. También se tuvo en cuenta si los participantes estaban o no incapacitados civilmente, entendiendo por incapacidad civil el mecanismo jurídico previsto para aquellos casos en que enfermedades o deficiencias persistentes, de carácter tanto físico como psíquico, impiden a una persona gobernarse por sí mismo.
- Variables relacionadas con el consumo de tabaco: se han obtuvieron datos del número de cigarrillos día, edad de inicio en el consumo, intentos previos de abandono, tiempo máximo sin fumar, utilización de métodos para dejar de fumar, existencia o no de recomendación del médico para el abandono del consumo de tabaco, grado de creencia en la afectación en la propia salud por el consumo de tabaco, nivel de dependencia a la nicotina y nivel de CO en aire expirado. También se incluyó, como variable relacionada con el consumo de tabaco, el control al acceso del mismo por parte del personal de enfermería. Este control puede estaba relacionado con el hecho de darle al usuario una cantidad

de tabaco determinada y/o retirarle el tabaco durante la noche. La decisión de que se llevara a cabo este control sobre el acceso al consumo de tabaco se tomaba en consenso por todo el equipo terapéutico y solía llevarse a cabo cuando la persona tenía algún problema de salud física relacionado con este consumo y/o cuando se encontraba en algún protocolo relacionado con las normas del centro (p.ej. fumar en lugares donde está prohibido).

- Variables relacionadas con la motivación para dejar de fumar: por último, las variables que se han estudiado respecto a la motivación para dejar de fumar fueron el expresar deseo de dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco, haber realizado alguna reducción del consumo de cigarrillos durante el último año, nº de cigarrillos reducidos/día, motivos para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco, *pros* y *contras* de su conducta de fumar y estadios de cambio en el proceso de abandono del consumo de tabaco.

Tabla 27. Variables del estudio

ÁMBITO	NOMBRE	TIPO	VALORES
SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad	Cuantitativa	Años
	Estado civil	Cualitativa	Soltero Casado Separado/Divorciado Viudo
	Hijos	Cualitativa	Sí/No
	Número de Hijos	Cuantitativa	0-20
	Nivel de estudios	Cualitativa	Sin estudios Enseñanza primaria obligatoria Enseñanza secundaria obligatoria Bachillerato Formación Profesional Estudios Universitarios
	Asignación económica diaria	Cuantitativa	Euros/día
ACTIVIDAD	Asistencia a talleres	Cualitativa	Sí/No
	Tipo de taller	Cualitativa	Ocupacional Laboral Formativo Otros
	Horas semanales de actividad	Cuantitativa	0-99
SALUD FÍSICA	Diagnóstico de enfermedad relacionada con el consumo de tabaco	Cualitativa	Sí/No
	Tipo de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco	Cualitativa	Enfermedad cardiovascular Enfermedad respiratoria Enfermedad oncológica Otras
	Factores de riesgo relacionadas con el consumo de tabaco	Cualitativa	Hipertensión arterial Hipercolesterolemia Diabetes Otros
	Nº de diagnósticos patologías orgánicas	Cuantitativa	0-10
PSICOPATOLÓGICAS	Diagnóstico principal	Cualitativa	Esquizofrenia paranoide Esquizofrenia desorganizada Esquizofrenia hebefrénica Esquizofrenia catatónica Esquizofrenia indiferenciada Esquizofrenia residual Trastorno esquizofreniforme Trastorno esquizoafectivo Trastorno delirante Trastornos psicóticos agudos Trastorno psicótico compartido Trastorno psicótico debido a enfermedad médica o inducido por sustancias Esquizofrenia simple Depresión post-esquizofrenia Esquizofrenia sin especificar Trastorno esquizotípico

			Trastorno Bipolar Trastorno de Personalidad Trastorno por consumo de sustancias(*)
	Otros diagnósticos de trastorno mental	Cualitativa	Sí/No
	Número de otros diagnósticos	Cuantitativa	0-99
	Tipo de otros diagnósticos de trastorno mental	Cualitativa	(* mismos valores)
	Años de ingreso en el centro	Cuantitativa	0-99
	Tipo de ingreso	Cualitativa	Voluntario Involuntario
	Historia abuso de sustancias	Cualitativa	Sí/No
	Tipo de sustancia	Cualitativa	Cannabis/Cocaína/Alcohol/Heroína/Otros
	Antecedentes intentos autolíticos	Cualitativa	Sí/No
	Nº intentos autolíticos	Cuantitativa	0-20
	Incapacitación	Cualitativa	Sí/No
	Minusvalía reconocida	Cualitativa	Sí/No
	EEAG	Cuantitativa	1-100
CONSUMO DE TABACO	Consumo diario	Cuantitativa	Cigarrillos/día
	Edad de inicio	Cuantitativa	Años
	Intentos previos de abandono	Cualitativa	Sí/No
	Número de intentos previos de abandono	Cuantitativa	0-99
	Tiempo máximo sin fumar	Cuantitativa	Días
	Utilizó algún método para dejar de fumar	Cualitativa	Sí/No
	Recomendación médica para dejar de fumar	Cualitativa	Nunca Alguna vez Muchas veces
	Recomendación médica para reducir el consumo de tabaco	Cualitativa	Nunca Alguna vez Muchas veces
	Creencia del en que el tabaco afecta a su salud	Cualitativa	Nada Poco No sabe Bastante Muchísimo
	Control del tabaco por personal de enfermería	Cualitativa	Sí/No
	Tipo de control	Cualitativa	Retirar tabaco por la noche Dar una cantidad de tabaco determinada Ambas

	Cantidad de tabaco dada por enfermería	Cuantitativa	0-99
	Tiempo primer cigarrillo de la mañana	Cualitativa	Menos de 5 minutos 6-30 minutos 30-60 minutos Más de 60 minutos
	Dificultad para no fumar donde está prohibido	Cualitativa	Sí/No
	Cigarrillo con mayor dificultad para dejar	Cualitativa	Primero de la mañana Otros
	Fuma más en las primeras horas de la mañana	Cualitativa	Sí/No
	Fuma cuando está enfermo	Cualitativa	Sí/No
	Dependencia a nicotina	Cuantitativa	0-10
	Nivel de CO en aire expirado	Cuantitativa	0-99 partes por millón.
	Tiempo desde el último cigarrillo	Cuantitativa	Minutos
MOTIVACIONALES	Deseo de dejar de fumar	Cualitativa	Sí/No
	Deseo de reducir el consumo de tabaco	Cualitativa	Sí/No
	Intentos de reducir el consumo de tabaco último año	Cualitativa	Sí/No
	Número de cigarrillos al día reducidos en el último año	Cuantitativa	0-99
	Motivos para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco	Cualitativa	Sí/No
	Nº de motivos para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco	Cuantitativa	0-10
	Tipo de motivos para dejar y/o reducir el consumo de tabaco	Cualitativa	Motivos Salud Miedo a enfermedades Ahorro de dinero Recomendación médica Dar buen ejemplo Autodisciplina Evitar riesgo de incendios Respetar derechos no fumadores Otros
	Total <i>pros</i> conducta de fumar	Cuantitativa	0-50
	Total <i>contras</i> conducta de fumar	Cuantitativa	0-50
	Ítems cuestionario balance decisional tabaquismo	Cualitativa	1-5 (por cada ítem)
	Resultado balance decisional	Cualitativa	Mayoría de <i>pros</i> Mayoría de <i>contras</i>
	Puntuaciones estadios de cambio	Cuantitativa	1-40
	Puntuación estadio de mantenimiento	Cuantitativa	1-40
	Principal estadio de cambio	Cualitativa	Precontemplación Contemplación Acción Mantenimiento

8.6. Análisis estadístico

Los datos se han analizado a través del programa estadístico SPSS 20 (IBM, 2011). Inicialmente se ha llevado a cabo un análisis descriptivo del total de la muestra. Las variables cualitativas se expresan en frecuencias absolutas y proporciones y las cuantitativas en sus medias (M) y desviaciones estándar (DE). El resto de análisis estadísticos que se han llevado a cabo son:

- Correlación bivariada de Pearson (r_{xy}): establecimiento de asociaciones lineales entre variables cuantitativas.
- Prueba T de Student (t) para dos muestras independientes: comparación de medias entre dos grupos respecto a una variable cuantitativa.
- Prueba Chi cuadrado de Pearson (χ^2): análisis de la relación entre variables cualitativas.
- Prueba U de Mann-Whitney (U): prueba no paramétrica para la comparación entre dos muestras independientes ($n < 30$).
- Prueba Kruskal-Wallis (K): prueba no paramétrica para la comparación entre de más de dos muestras independientes ($n < 30$).
- Regresión lineal: análisis de la relación entre una variable dependiente cuantitativa y una o más variables independientes cuantitativas
- Regresión logística binaria: análisis de la relación entre una variable dependiente cualitativa dicotómica y una o más varias variables independientes cuantitativas o cualitativas.

Las pruebas no paramétricas se utilizaron cuando así lo requirió la muestra. Los resultados obtenidos a través de estos estadísticos se expresan con el nombre del estadístico en cursiva, los grados de libertad (df) siempre que estos procedan y el nivel de significación obtenido en el análisis.

9. RESULTADOS

9.1. Análisis descriptivo de la muestra estudiada

9.1.1. Variables sociodemográficas

La muestra final de la investigación estuvo compuesta por 102 varones cuya edad media fue de 49,53 años (DE=8,31), 94 de ellos eran solteros (92,2%) y 91 no tenían hijos (89,2%). Muchos de ellos, 63 personas, tenían poca formación académica (61,7% sin estudios o con enseñanza primaria obligatoria) y recibían una asignación económica diaria de 5,81 euros al día (DE= 2,99). Estos resultados se exponen de forma más detallada en la Tabla 28, en la Figura 9 y en la Figura 10.

Tabla 28. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

Variable	Mínimo	Máximo	M	DE
Edad	32	76	49,53	8,31
Asignación económica diaria	1	18	5,81	2,98
Nº de hijos	0	3	1,27	0,79

Figura 9. Estado civil de los participantes

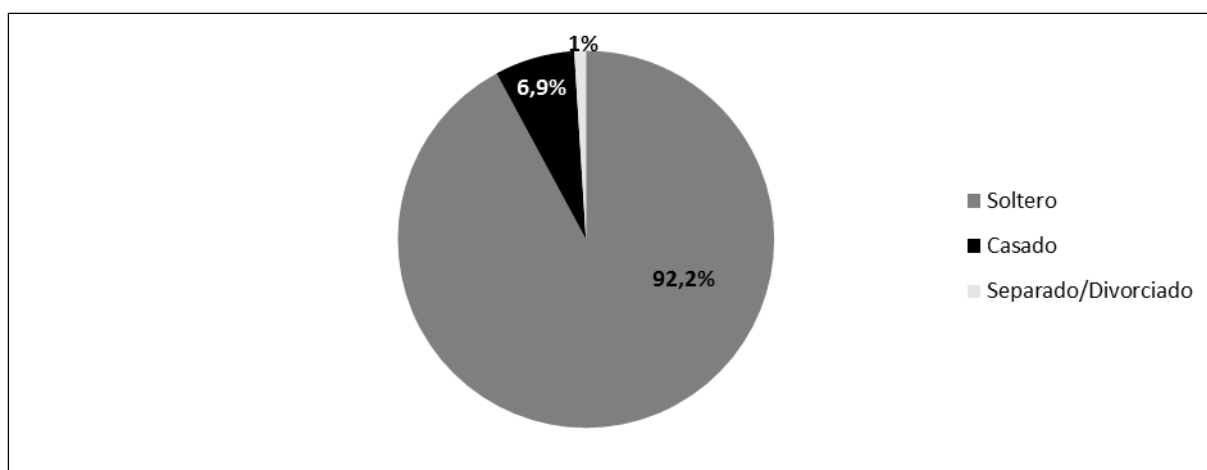
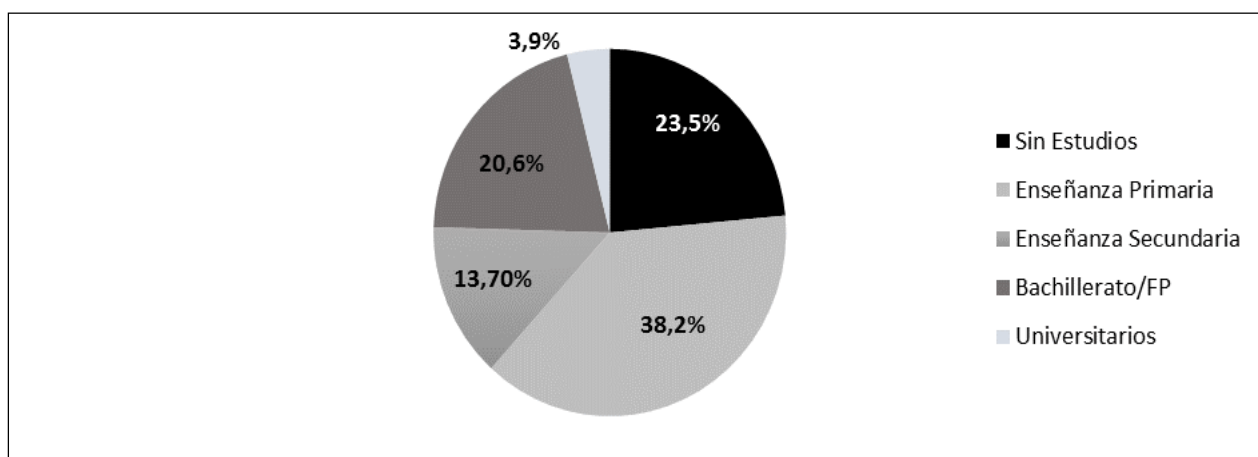


Figura 10. Nivel de estudios de los participantes



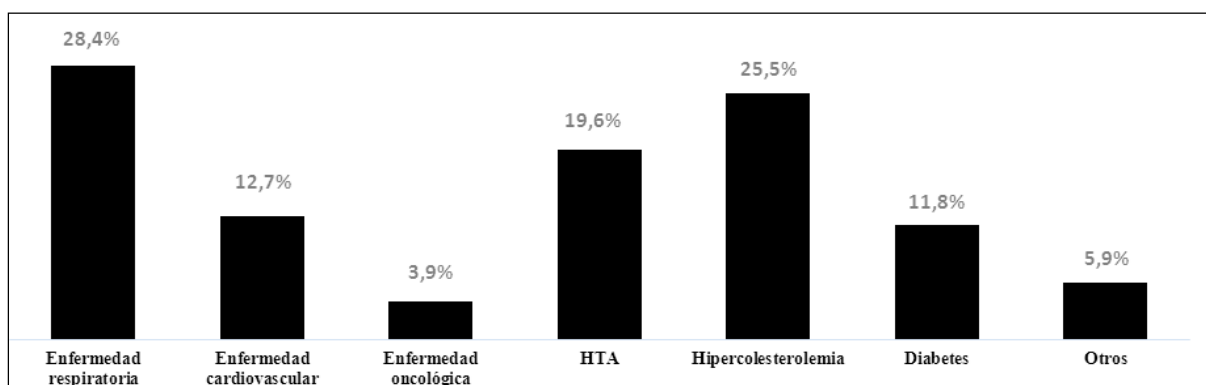
9.1.2. Variables de actividad

Respecto al nivel de actividad de los participantes del estudio, 71 personas (69,6%) acudían a algún tipo de taller ocupacional, laboral o formativo o bien realizaban algún otro tipo de actividad. De la muestra estudiada, 48 personas (47,1%) acudían a talleres ocupacionales mientras que la asistencia al resto de talleres era menor: 15 (14,7%) acudían a talleres laborales, 11 (10,8%) a talleres formativos y 9 (8,8%) realizaban otro tipo de actividades. En cuanto a la media del número de horas de actividad semanal ésta fue de 11,15 horas (DE= 8,55).

9.1.3. Variables relacionadas con la salud física.

Las personas con antecedentes de patologías orgánicas en relación al consumo de tabaco fueron 69, el 67,6% respecto al total de la muestra. Las patologías más frecuentes fueron los antecedentes de enfermedades respiratorias observados en 29 personas (28,4%), la hipercolesterolemia diagnosticada en 26 de los participantes (25,5%) y la hipertensión arterial que la presentaban 20 personas (19,6%). Los resultados se exponen de forma más completa en la Figura 11.

Figura 11. Antecedentes de patologías orgánicas



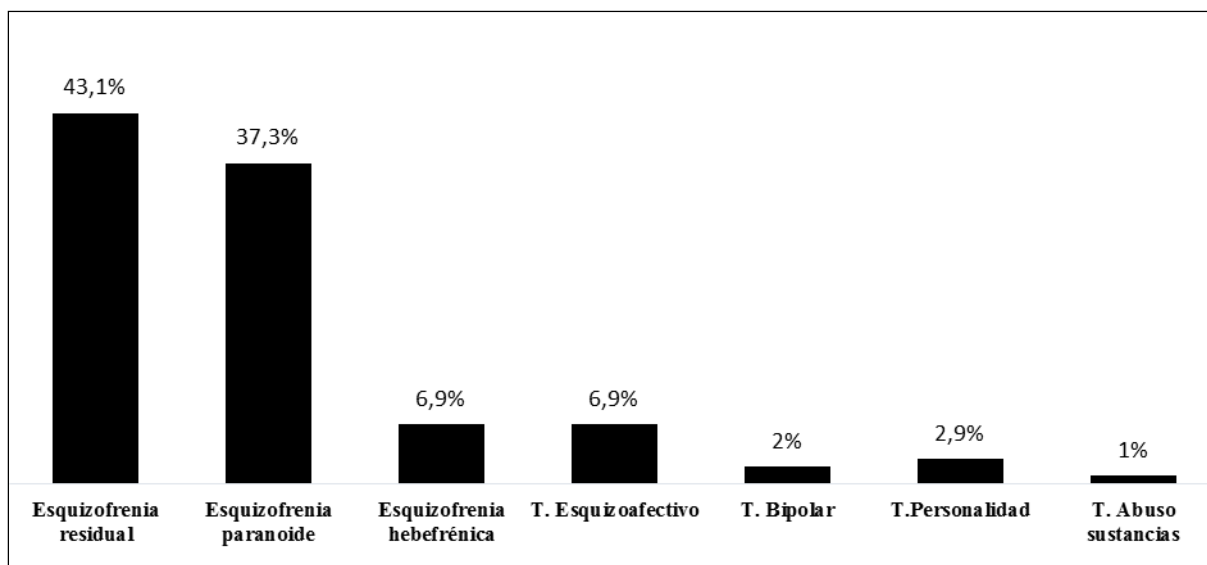
9.1.4. Variables psicopatológicas

Las variables psicopatológicas estudiadas muestran la gravedad de las personas que participaron en el presente estudio. El 95,1% de los participantes, 97 personas, estaban ingresados en el centro de forma involuntaria, siendo la media de tiempo de ingreso de la muestra de 10,39 años (DE= 7,27). El 67,6%, 69 de los participantes, tenían declarada la incapacitación civil y 82 personas tenían reconocido algún grado de minusvalía (80,4%), obteniendo una puntuación media en la Escala de Evaluación de Actividad Global- EEAG- de 39,31 (DE=14,48).

Respecto a los diagnósticos principales, tal y como podemos apreciar en la Figura 12, el diagnóstico más frecuente fue el de esquizofrenia residual, diagnosticada en 44 personas (43,1%), seguido del de esquizofrenia paranoide diagnosticada en 38 de los participantes (37,3%). El 28,4% de la muestra, 29 personas, tenía más de un diagnóstico de trastorno mental, siendo el diagnóstico secundario más frecuente el de trastorno por consumo de sustancias que lo presentaban 24 personas (23,5%), seguido del de trastorno de personalidad, diagnosticado en 6 personas (5,8%) y del de trastorno psicótico inducido por sustancias observado en una persona (1%). Un número importante de los participantes del estudio, 57 personas (55,9%), presentaban antecedentes de consumo de sustancias. Respecto al tipo de sustancia, 37 personas

tenían antecedentes de consumo de cannabis (36,3%), 32 de consumo de alcohol (31,4%), 17 de consumo de cocaína (16,7%) y 12 de consumo de heroína (11,8%).

Figura 12. Diagnósticos psicopatológicos principales



Otros resultados relacionados con la gravedad de la psicopatología fueron los referidos a los intentos autolíticos. En este sentido, 22 de los participantes del estudio, el 21,6%, habían realizado algún intento de suicidio a lo largo de su vida, siendo la media de intentos de suicidio de 1,75 (DE= 0,71).

9.1.5. Variables relacionadas con el consumo de tabaco

Aunque la muestra definitiva fue de 102 fumadores, por las razones previamente comentadas, el total de fumadores de la UCPP del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos era de 122. Teniendo en cuenta que cuando se realizó el estudio, el dispositivo objeto de la investigación contaba con 178 personas, esto supone que la prevalencia de consumo de tabaco en la población que estaba ingresada en la UCPP era del 68,5%. La edad media de inicio del consumo de tabaco fue de 14,63 años (DE=5,16), la media de cigarrillos fumados al día de 20,47 (DE= 9,55) y la media del nivel de CO en aire expirado de 26,6 p.p.m. (DE=14,59).

Del total de los participantes, 35 personas (34,3%) habían realizado algún intento de dejar de fumar a lo largo de su vida, aunque sólo cuatro personas (3,9%) lo habían intentado en el último año. De las personas que habían realizado algún intento previo de abandonar el consumo de tabaco, únicamente seis personas (5,8%) refirió haber utilizado algún método para dejar de fumar. Otros resultados respecto al consumo de tabaco se exponen en la Tabla 29.

Tabla 29. Análisis descriptivo de las variables de consumo de tabaco

Variable	Mínimo	Máximo	M	DE
Edad inicio de consumo	7	43	14,63	5,14
Número de cigarrillos/día	4	45	20,47	9,55
Nivel de CO (p.p.m.)	4	81	26,6	14,59
Intentos previos dejar de fumar	0	10	1,59	1,87
Tiempo máximo sin fumar (días)	7	1095	206,64	254,31

El personal de enfermería del centro realizaba algún tipo de control sobre el acceso al consumo de tabaco a 55 personas, lo que suponía el 53,9% de la muestra del estudio. A 26 personas (25,5%) se les retiraba el tabaco por la noche, a 18 (17,6%) se les daba una determinada cantidad de tabaco y 9 personas (8,8%) tenían ambos tipos de control.

Del total de la muestra, 70 personas (68,7%) afirmaron que su médico nunca les había recomendado dejar de fumar, 24 (23,5%) admitieron que su médico le había recomendado dejar de fumar en alguna ocasión y 8 (7,8%) que lo había hecho muchas veces. Respecto a la recomendación de reducir el consumo de tabaco, 44 (43,3%) de los participantes refirieron que su médico nunca les había recomendado reducir el consumo, 45 (44,8%) admitieron que su médico les había recomendado reducir en alguna ocasión y 13 (12,7%) que se lo había recomendado en muchas ocasiones.

En lo relacionado a cómo pensaban que les afectaba el tabaco a su salud, 83 personas (81,3%) manifestaron que el tabaco les afectaba en alguna medida. De estas, a 33 personas (32,8%) les parecía que el tabaco afectaba poco a su salud, a 19 (19,4%) que afectaba bastante y a 31 (30,3%) que afectaba muchísimo.

Por último, en cuanto a la dependencia a la nicotina medida en el estudio mediante el FNDDT, la puntuación media total de este cuestionario fue de 5,43 (DE= 2), lo que se corresponde con una dependencia moderada a la nicotina. En Tabla 30 se pueden apreciar los resultados obtenidos en cada uno de los ítems del test.

Tabla 30. Análisis descriptivo del FNDDT

Ítem	Valores	N	Porcentaje
¿Cuánto tarda en fumar el primer cigarrillo de la mañana?	Hasta 5 minutos	12	11,8%
	De 6 a 30 minutos	49	48%
	De 31 a 60 minutos	25	24,5%
	Más de 60 minutos	16	15,7%
¿Encuentra difícil no fumar en los sitios donde está prohibido?	Si	47	46,1%
	No	55	53,9%
¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	Al primero de la mañana	59	57,8%
	A cualquier otro	43	42,2%
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos	20	19,6%
	Entre 11 y 20	45	44,1%
	Entre 21 y 30	26	25,5%
	31 o más	11	10,8%
¿Fuma más las primeras horas del día tras levantarse que el resto del día?	Si	47	46,1%
	No	55	53,9%
¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa la mayor parte del día en la cama?	Si	100	98,0%
	No	2	2,0%

9.1.6. Variables relacionadas con la motivación para dejar de fumar

Se valoró la expresión del deseo de dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco, observándose que 50 (49,9%) de los participantes del estudio manifestaron que les gustaría dejar de fumar y 63 (61,8%) que les gustaría reducir su consumo actual de tabaco (Figura 13 y Figura 14). Cuando se analizaron estos datos de forma detallada, se observó que 39 personas (38,2%) referían querer dejar de fumar y reducir su consumo de tabaco, 24 (23,5%) querían reducir el número de cigarrillos pero no dejar de fumar y 11 (10,8%) querían dejar de fumar pero no reducir. De la muestra estudiada, 28 personas (27,5%) no querían dejar de fumar ni reducir el consumo (Tabla 31). Un 34,3%, 35 personas, había reducido la cantidad de tabaco en el último año siendo la media del número de cigarrillos/día reducidos de 12,6 (DE=9,23).

Figura 13. Porcentajes para el deseo de dejar de fumar

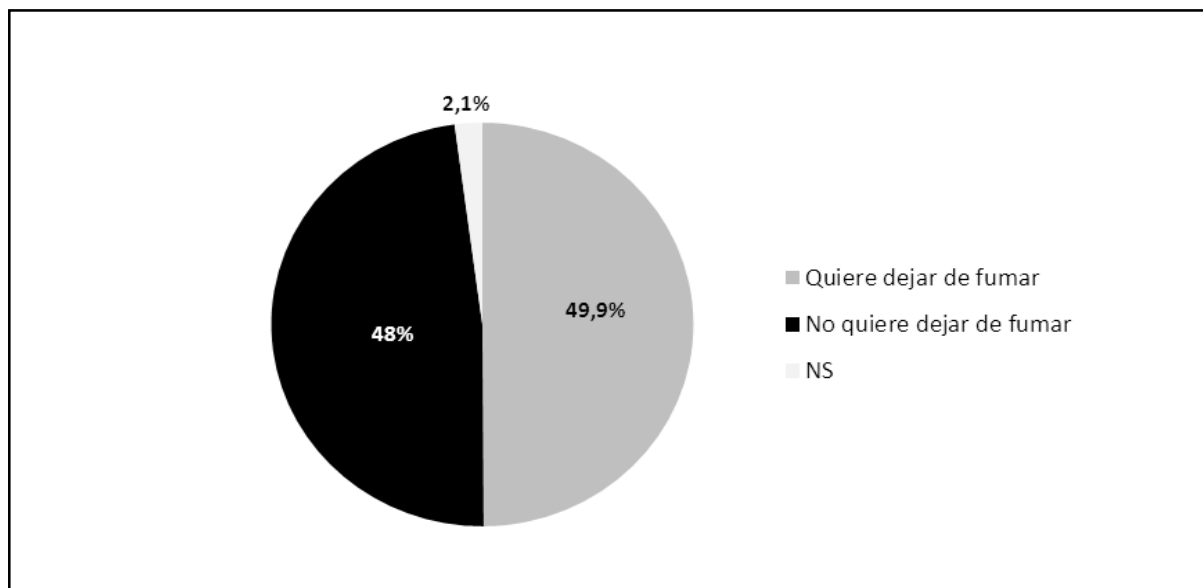


Figura 14. Porcentajes para el deseo reducir el consumo de tabaco

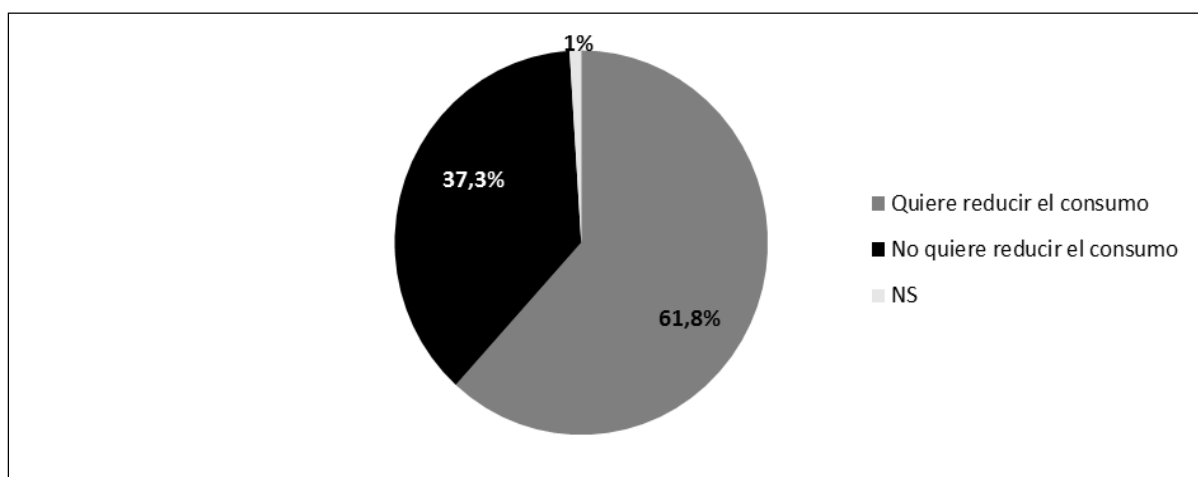
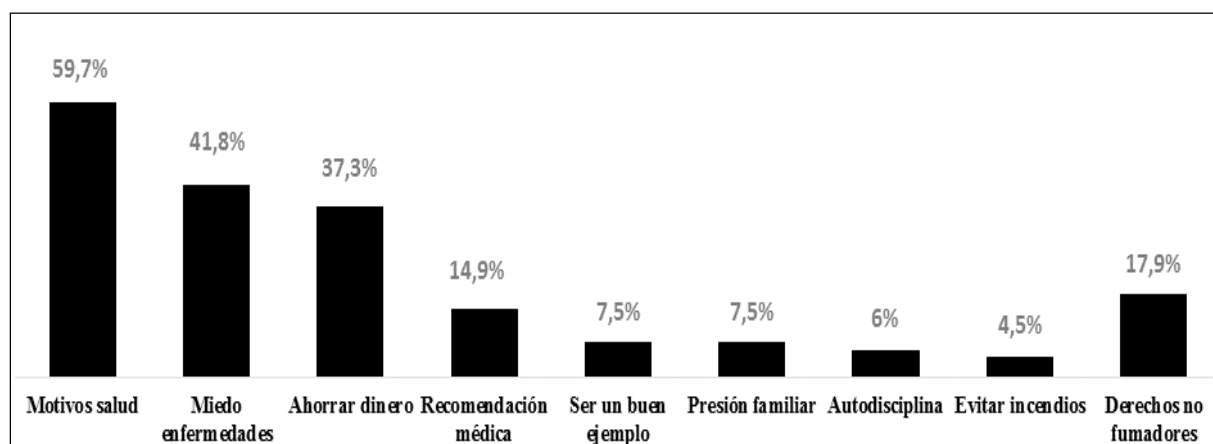


Tabla 31. Análisis descriptivo del deseo dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco

Variable	N	Porcentaje
Quiere dejar de fumar y reducir el consumo	39	38,2%
Quiere sólo reducir el consumo	24	23,5%
Quiere dejar de fumar pero no reducir el consumo	11	10,8%
No quiere dejar de fumar ni reducir el consumo	28	27,5%

Otras de las variables que se analizaron en relación a la motivación para abandonar el consumo de tabaco fueron tanto el número como el tipo de motivos que tenían las personas que manifestaban querer dejar de fumar y/o reducir su consumo actual de tabaco. Los fumadores manifestaron una media de 2,1 motivos (DE=1,5) y, como se puede apreciar en la Figura 15, los motivos más frecuentes fueron los relacionados con la salud referido por 40 personas (el 59,7% de las personas que señalaron algún motivo), el miedo a padecer enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, señalado por 28 personas (41,8%) y el ahorro de dinero que lo refirieron 25 personas (37,3%).

Figura 15. Principales motivos para dejar de fumar



La motivación para dejar de fumar también se valoró a través de los resultados obtenidos en el Cuestionario de Balance Decisional de Tabaquismo. Respecto al resultado final de este balance decisional, se observó que 66 de los participantes en el estudio (64,7%) puntuaron más *pros* que *contras*, 33 (32,4%) puntuaron más *contras* y en 3 personas se dio un empate (2,9%). Las puntuaciones medias totales de los *pros* a favor de la conducta de fumar obtuvieron una puntuación media de 25,02 (DE=7,43) y los *contras* obtuvieron una puntuación media de 22,04 (DE=8,34). Cuando se analizaron las puntuaciones en los ítems del cuestionario (Tabla 32), se apreció que en lo referido a los *pros* de la conducta de fumar los ítems que mayor puntuación media obtuvieron fueron: “estoy relajado y, por tanto, a gusto cuando fumo” (M=3,18; DE=1,27), “fumar es placentero” (M=2,96; DE=1,27) y “fumar alivia mi tensión” (M=2,79; DE=1,4). Respecto a los *contras* del comportamiento de fumar, los ítems que mayor puntuación media obtuvieron fueron: “personas cercanas a mí sufrirán si enfermo por fumar” (M=2,91; DE=1,48), “fumar cigarrillos es peligroso para mi salud” (M=2,82; DE=1,47) y “me sentiría con más energía que ahora si no fumara” (M=2,75; DE=1,48).

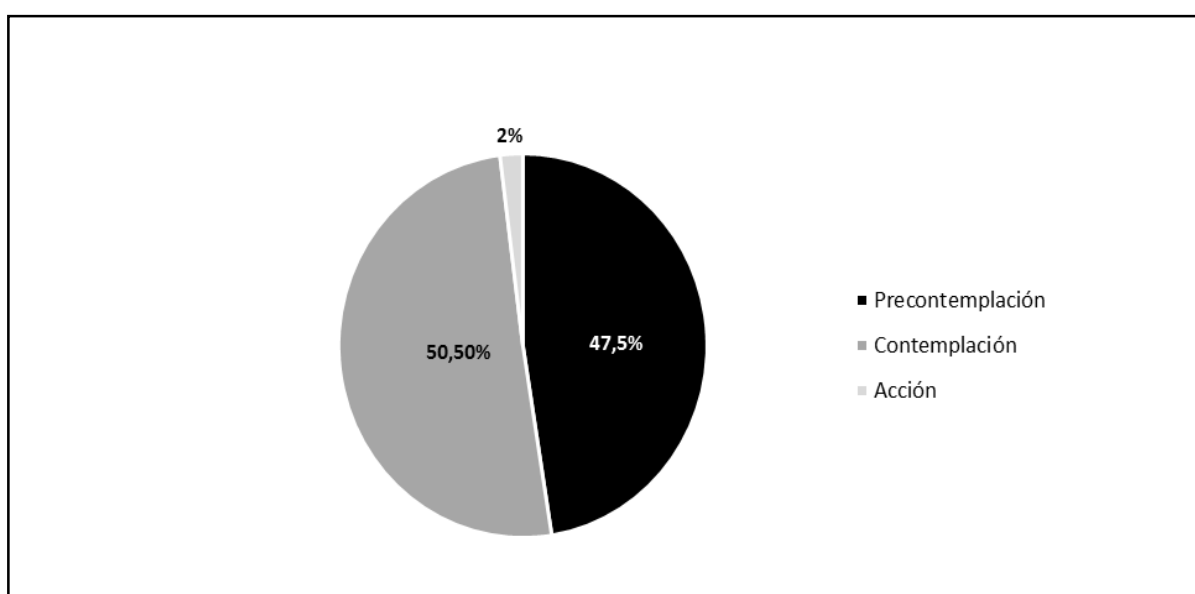
Tabla 32. Análisis descriptivo del Cuestionario de Balance Decisional

Ítems	M	DE
<i>Pros de la conducta de fumar</i>		
Fumar es placentero	2,96	1,27
Me gusta la imagen de un fumador	1,94	1,18
Estoy relajado y, por tanto, a gusto cuando fumo	3,18	1,27
Si dejo de fumar estaré irritable y seré una molestia para los de alrededor	2,17	1,45
Mi familia y mis amigos prefieren verme felizmente fumando que tristemente intentando dejar de fumar	2,15	1,51
Me gusto más a mí mismo cuando fumo	2,26	1,33
Fumar me ayuda a concentrarme y a realizar mejor mi trabajo	2,41	1,45
Fumar alivia mi tensión	2,79	1,45
Al continuar fumando siento que estoy tomando mis propias decisiones	2,52	1,33
Tras no fumar durante un tiempo, el fumar un cigarrillo me hace sentirme bien	2,78	1,43
<i>Contras de la conducta de fumar</i>		
Mi conducta de fumar afecta a otros	2,43	1,43
Personas cercanas a mí sufrirán si enfermo por fumar	2,91	1,48
Algunas personas piensan que me falta carácter para dejar de fumar	1,94	1,25
Fumar cigarrillos es peligroso para mi salud	2,82	1,47
Me da vergüenza tener que fumar	1,49	0,97
Mi hábito de fumar molesta a los demás	2,09	1,29
La gente piensa que soy tonto por ignorar las advertencias sobre el consumo de tabaco	1,71	1,19
Las personas cercanas a mí desaprueban que yo fume	2,06	1,35
Soy tonto por ignorar las advertencias sobre los cigarrillos	1,97	1,30
Me sentiría con más energía que ahora si no fumara	2,75	1,48

Por último, se analizaron los resultados obtenidos en el cuestionario URICA en dos aspectos: puntuaciones de los participantes del estudio en cada uno de los estadios de cambio y estadio de cambio en el que se encontraba la persona que realizó el cuestionario. Respecto a las puntuaciones medias de cada uno de los estadios, se observó que la muestra obtenía una

puntuación media en el estadio de precontemplación de 21,93 (DE= 6,09), en el estadio de contemplación era de 23,96 (DE=6,33), en el estadio de acción de 18,23 (DE= 5,22) y de 17,59 (DE=5,08) en el estadio de mantenimiento. El estadio en el que se encontró un mayor porcentaje de la muestra estudiada fue el de contemplación, en el que se encontraban 52 personas (50,9%), seguido del de preparación en el que estaban 48 (47,5%) y, por último, el de acción en el que estaban 2 de los participantes (2%).

Figura 16. Resultados de los estadios de cambio



9.2. Resultados consumo y dependencia

Para el análisis del consumo actual de tabaco y la dependencia a la nicotina, se tuvieron en cuenta tres variables principalmente: el número de cigarrillos/día, el nivel de CO en aire expirado (p.p.m.) y la puntuación total en el FNTD.

9.2.1. Relación entre variables de consumo y dependencia con variables sociodemográficas

La única variable sociodemográfica que demostró tener una relación significativa con las variables de consumo actual de tabaco y de dependencia a la nicotina fue la asignación

económica (Tabla 33) existiendo, como era esperable, una correlación positiva significativa entre la asignación económica y éstas variables, de tal forma que, a mayor asignación económica diaria, mayor número de cigarrillos fumados al día, mayor nivel de CO en aire expirado y mayor puntuación total en el FNTD.

Tabla 33. Correlaciones entre variables de consumo/ dependencia y asignación económica

Asignación económica diaria		
Nº de cigarrillos/día	Correlación de Pearson	0,38
	Sig. (bilateral)	$p \leq 0,001$
Nivel CO (p.p.m.)	Correlación de Pearson	0,35
	Sig. (bilateral)	$p \leq 0,001$
Puntuación total FNTD	Correlación de Pearson	0,23
	Sig. (bilateral)	$p \leq 0,05$

9.2.2. Relación entre variables de consumo y dependencia con variables actividad

No se encontraron diferencias significativas entre las personas que asistían a actividades y las que no respecto al número de cigarrillos/día ($M=20,72$; $DE=8,98$ vs. $M=19,20$; $DE=10,38$; $t=-0,74$; $df=99$; $p=0,46$), al nivel de CO en aire expirado ($M=24,13$; $DE=13,75$ vs. $M=24,27$; $DE=19,16$; $t=0,41$; $df=99$; $p=0,96$) y a la puntuación total en el FNTD ($M=5,56$; $DE=2,09$ vs. $M=5,10$; $DE=1,78$; $t=-1,05$; $df=99$; $p=0,29$). Igualmente, tampoco se pudo demostrar que un mayor o menor número de horas de actividad llevadas a cabo durante la semana tuviera relación con el número de cigarrillos fumados al día ($r_{xy}=0,05$; $p=0,58$), el nivel de CO en aire expirado ($r_{xy}=-0,45$; $p=0,66$) ni con la puntuación total en el FNTD ($r_{xy}=0,13$; $p=0,19$).

9.2.3. Relación entre variables de consumo y dependencia con variables relacionadas con la salud física

Aunque las personas que tenían antecedentes de enfermedades y/o factores de riesgo para la salud relacionados con el consumo de tabaco fumaban menor cantidad de tabaco medida en número de cigarrillos ($M= 19,86$; $DE= 9,31$ vs. $M= 20,93$; $DE= 9,84$; $t= 0,52$; $df= 97$; $p= 0,60$) y tenían un nivel CO algo menor que las que no tenían estos problemas físicos ($M= 25,09$; $DE= 13,17$ vs. $M= 27,14$; $DE= 16,86$; $t= 0,62$; $df= 97$; $p= 0,53$), la comparación entre grupos respecto a estas variables no se mostró significativa, siendo muy similares también las puntuaciones totales en el FNTD ($M= 5,33$; $DE= 2,30$ vs. $M= 5,45$; $DE= 1,89$; $t= -0,44$; $df= 97$; $p= 0,66$).

9.2.4. Relación entre variables de consumo y dependencia con variables psicopatológicas

En lo que se refiere al análisis de la relación entre las variables de consumo y dependencia con las variables psicopatológicas, se observaron diferencias entre el número de cigarrillos fumados diariamente y el tipo de diagnóstico principal, de tal forma que las personas que mayor cantidad de tabaco fumaban al día eran aquellas con diagnósticos principales de trastorno esquizoafectivo y la esquizofrenia paranoide (Tabla 34). Debido a las características de la muestra, se utilizó la técnica no paramétrica de Kruskal-Wallis para muestras independientes cuyo resultado permitió afirmar que la distribución del número de cigarrillos/día era diferente entre las distintas categorías de la variable diagnóstico principal ($\chi^2= 16,38$; $df= 6$; $p\leq 0,05$).

Tabla 34. Número de cigarrillos/día y diagnóstico psicopatológico principal.

Diagnóstico principal	N	M	DE
Esquizofrenia paranoide	38	23,71	8,97
Esquizofrenia hebefrénica	7	13,43	8,12
Esquizofrenia residual	44	18,98	9,48
Trastorno esquizoafectivo	7	21,00	7,18
Trastorno bipolar	2	17,50	10,60
Trastorno personalidad	3	12,00	6,92
Trastorno por consumo de sustancias	1	20,00	--

9.2.5. Relación entre las distintas variables de consumo y dependencia

Se analizaron las relaciones entre el número de cigarrillos/día, el nivel de CO en aire expirado y la puntuación total del FNTD con el resto de las variables de consumo de tabaco. El principal resultado fue que había una relación negativa entre la edad de inicio en el consumo de tabaco y el número de cigarrillos/día, de tal forma que a menor edad de inicio de consumo de tabaco mayor número de cigarrillos fumados al día la edad adulta. Estos resultados, sin embargo, no se observaron para el nivel de CO ni para las puntuaciones totales en el FNTD.

Tabla 35. Correlación entre la Edad de inicio de consumo y variables de consumo/dependencia actuales

Edad inicio consumo		
Nº de cigarrillos/día	Correlación de Pearson	-0,23
	Sig. (bilateral)	p≤0,05
Nivel CO (p.p.m.)	Correlación de Pearson	-0,13
	Sig. (bilateral)	p= 0,20
Puntuación total FNTD	Correlación de Pearson	-0,14
	Sig. (bilateral)	p= 0,17

El otro resultado encontrado está relacionado con el control del tabaco por parte del personal sanitario. Así, no se observaron diferencias significativas entre las personas a las que se les controlaba el consumo y las que no respecto al nº de cigarrillos/día ($M= 20,93$; $DE= 9,87$ vs. $M= 20,09$; $DE= 8,98$; $t= 0,44$; $df= 96$; $p= 0,66$), al nivel de CO en aire expirado ($M= 22,58$; $DE= 19,27$ vs. $M= 22, 23$; $DE= 11,47$; $t= 0,74$; $df= 45$; $p= 0,45$) y a las puntuaciones totales en el FNTD ($M= 5,62$; $DE= 2,12$ vs. $M= 5,30$; $DE= 1,84$; $t= 0,79$; $df= 96$; $p= 0,42$). Donde sí se encontraron diferencias significativas fue en la puntuación total del FNTD de las personas a las que se les retiraba el tabaco por la noche, de tal forma que éstas tenían menores puntuaciones totales respecto a la adicción a la nicotina que las personas a las que no se les retiraba el tabaco ($M= 4,73$; $DE= 1,70$ vs. $M= 6,22$; $DE= 1,80$; $t= 2,93$; $df= 49$; $p\leq 0,005$).

9.3. Resultados motivación dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco

Para llevar a cabo el análisis de estos resultados se tuvieron en cuenta las siguientes variables motivacionales: expresión del deseo de dejar de fumar, expresión del deseo de reducir el consumo actual de tabaco, reducción de tabaco en el último año, tipo y número de motivos señalados para dejar de fumar, resultados del balance decisional y estadios de cambio.

9. 3.1. Relación entre variables motivacionales y variables sociodemográficas

La edad de las personas que manifestaron deseos de dejar de fumar era inferior a las de aquellas que no querían hacerlo. Así, la media de edad de las personas que querían dejar de fumar era de 47,88 años, mientras que la media de edad de las personas que no querían dejar de fumar era de 51,45 años ($DE= 8,82$ vs $DE= 7,50$; $t= 2,15$; $df= 95$; $p\leq 0,05$).

La otra variable sociodemográfica que se mostró significativa en relación a la motivación para el abandono del consumo de tabaco fue la asignación económica. En concreto se encontró una correlación positiva entre la cantidad de tabaco recibida al día y la puntuación total de *pros* a favor de la conducta de fumar en el balance decisional ($r_{xy}= 0,25$; $p\leq 0,05$).

9. 3.2. Relación entre variables motivacionales y variables actividad

Las personas que realizaban algún tipo de actividad fuera de la unidad de ingreso expresaron de media más motivos para dejar de fumar y/o reducir que las personas que no acudían a ninguna actividad ($M= 0,75$; $DE= 0,43$ vs. $M= 0,43$; $DE= 0,50$; $t= -3,17$; $df= 91$; $p\leq 0,005$). La realización de actividades se relacionó con el resultado del balance decisional: sin tener en cuenta los empates, entre las personas que no acudían a ninguna actividad, 25 obtuvieron una mayoría de *pros* en el balance decisional y 5 una mayoría de *contras*, mientras que entre los que sí acudían a alguna actividad, 41 obtuvieron una mayoría de *pros* y 27 una mayoría de *contras* (83,3% vs. 16,7% y 60,3% vs. 39,7% $\chi^2= 6,41$; $df= 2$; $p\leq 0,05$).

En relación al número de horas de actividad semanales, las personas que querían dejar de fumar realizaban más horas de actividad semanal que las personas que verbalizaron no querer dejar de fumar ($M=13,67$; $DE= 7,60$ vs. $M= 9,06$; $DE= 8,09$; $t= -2,66$; $df= 93$; $p\leq 0,01$). Esta diferencia no se encontró entre las personas que querían reducir el consumo de tabaco y las que no deseaban hacerlo ($M=11,95$; $DE= 8,05$ vs. $M= 9,95$; $DE= 9,20$; $t= -1,12$; $df= 95$; $p= 0,26$). Igualmente, hubo una correlación positiva entre el número de horas semanales y el número de motivos señalados para dejar de fumar o reducir el consumo de tabaco, de tal forma que a mayor número de horas semanales de actividad, mayor número de motivos para dejar de fumar y/o reducir ($r_{xy}= 0,22$; $p\leq 0,05$).

Por último, y en lo referido al cuestionario URICA, se observó que las personas que se encontraban según este cuestionario en el estadio de precontemplación realizaban menos horas de media de actividad semanal que las personas que se encuentran en el estadio de contemplación ($M= 8,82$; $DE= 8,85$ vs. $M= 13,29$; $DE= 7,71$; $t= -2,62$; $df= 93$; $p\leq 0,01$).

9. 3.3. Relación entre variables motivacionales y variables salud física

El principal resultado se mostró con el hecho de haber realizado algún intento de reducción de consumo de cigarrillos durante el último año. Las personas que habían hecho algún intento de reducción de tabaco tenían un mayor número de diagnósticos de enfermedades y/o factores de riesgo para la salud relacionados con el consumo de tabaco media que los que no habían reducido ($M=1,20$; $DE= 0,933$ vs. $M= 0,81$; $DE= 0,90$; $t= -2,06$; df $p\leq 0,05$). En esta misma línea se pudo observar que entre las personas que tenían antecedentes de patologías orgánicas, 29 habían intentado reducir el número de cigarrillos durante el último año frente a sólo 6 de las personas sin antecedentes de estas patologías (42% vs. 20%; $\chi^2= 4,44$; $df= 1$; $p\leq 0,05$).

9. 3.4. Relación entre variables motivacionales y variables psicopatológicas

En el estudio, son varias las variables psicopatológicas que se mostraron relevantes respecto a la motivación para dejar de fumar. Una de ellas fue el número de años de ingreso en el centro. Así, las personas que manifestaron querer dejar de fumar llevaban menos años ingresados en el centro que las personas que no quieren abandonar el consumo ($M= 7,98$; $DE= 6,13$ vs. $M= 13,14$; $DE= 7,57$; $t= 3,66$; $df= 96$; $p\leq 0,001$).

Otra variable fue el tener antecedentes de consumo de sustancias, de tal forma que las personas con estos antecedentes manifestaban en mayor proporción querer abandonar el consumo de tabaco que los que no los tenían (Tabla 36). Los antecedentes de consumo de sustancias igualmente se relacionaron con los resultados del balance decisional. En este sentido, entre las personas que no tenían antecedentes, 34 obtuvieron una mayoría de *pros* a favor de la conducta de fumar y 9 una mayoría de *contras*, mientras que entre las personas que sí tenían estos antecedentes 31 obtuvo una mayoría de *pros* y 24 una mayoría de *contras* (79,1% vs. 20,9% y 54,4% vs. 42,1%; $\chi^2= 7,13$; $df=1$; $p\leq 0,05$).

Tabla 36. Antecedentes de consumo de sustancias y deseo de dejar de fumar

Antecedentes consumo	No quiere dejar/no sabe (n, %)	Quiere dejar (n, %)	χ^2	df	p
Si	22 (38,6%)	35 (61,4%)	6,89	1	$p \leq 0,005$
No	30 (65,1%)	15 (33,3%)			

Por último, señalar que el EEAG también se relacionó con factores motivacionales, en concreto con el número de motivos para dejar de fumar, observándose una correlación positiva significativa entre ambas variables indicativa de que a mayor puntuación en el EEAG mayor número de motivos para dejar de fumar y/o reducir el consumo señalados ($r_{xy} = 0,22$; $p \leq 0,05$).

9. 3.5. Relación entre variables motivacionales y variables de consumo

Una de las variables de consumo que mayor relación tuvo con las variables motivacionales fue la creencia que la persona tenía respecto a cómo afectaba el consumo de tabaco a su salud. Así, se observó que las personas que pensaban que el tabaco afectaba bastante o muchísimo a su salud expresaron en mayor proporción deseos de dejar de fumar y deseos de reducir el consumo de tabaco que las personas que pensaban que el consumo de tabaco les afectaba poco o nada. Para este análisis no se tuvieron en cuenta los datos de las personas que contestaron “no sé” a la pregunta de cómo el tabaco les afectaba a su salud (Tabla 37). Esta variable también se relacionó con el resultado del balance decisonal, Así, entre las personas que pensaban que el tabaco afectaba poco o nada a su salud, 53 obtuvieron una mayoría de *pros* y 9 una mayoría de *contras* y dentro del grupo de personas que pensaban que el tabaco les afectaba bastante o muchísimo a su salud, 13 obtuvieron una mayoría de *pros* frente a 24 que obtuvieron una mayoría de *contras*. (82,7% vs. 17,3% y 35,1% vs. 64,9%; $\chi^2 = 20,95$; $df = 1$; $p \leq 0,001$).

Y por último en lo referido a esta variable, también se observaron diferencias en lo relacionado con los estadios de cambio de precontemplación y contemplación. En este sentido, las personas que pensaban que el tabaco afectaba bastante o muchísimo a su salud se encontraban en mayor proporción en el estadio de contemplación, mientras que aquellas personas que creían que les afectaba poco o nada se encontraban en mayor proporción en el estadio de preparación (Tabla 38).

Tabla 37. Creencia en el grado en que el tabaco afecta a la salud y deseo de dejar de fumar o reducir el consumo de cigarrillos

Como afecta el tabaco a su salud	No quiere dejar/no sabe (n, %)	Quiere dejar (n, %)	χ^2	df	p
Nada/Poco	35 (66%)	18 (34%)	9,63	1	p≤0,005
Bastante/Muchísimo	13 (33%)	26 (66,7%)			
	No quiere reducir/no sabe (n, %)	Quiere reducir (n, %)	χ^2	df	p
Nada/Poco	26 (49%)	27 (51%)	7,85	1	p≤0,005
Bastante/Muchísimo	8 (21%)	31 (78,9%)			

Tabla 38. Creencia en el grado en que el tabaco afecta a la salud y estadios de cambio

Como afecta el tabaco a su salud	Precontemplación (n, %)	Contemplación (n, %)	χ^2	df	p
Nada/Poco	32 (62,7%)	19 (37,3%)	11,59	1	p≤0,001
Bastante/Muchísimo	10 (26,3%)	28 (73,7%)			

Por último, se observó que las personas que manifestaron deseo de reducir el número de cigarrillos tenían puntuaciones mayores en el FNTD que las personas que no deseaban hacerlo (M= 5,79; DE= 2,06 vs. M= 4,84; DE= 1,79; $t = -2,35$; df= 96; $p \leq 0,05$). En lo referido al ítem de este test en el que se preguntaba si la persona fumaba más durante las primeras horas del día

se apreció que entre las personas que fumaban más a primera hora del día, 33 admitieron querer reducir su consumo de tabaco frente a 12 que preferían no hacerlo, mientras que entre las que no fumaban más durante las primeras horas del día, 33 querían reducir el consumo y 30 preferían no hacerlo (73,3% vs. 26,7% y 52,6% vs. 47,4%; $\chi^2=6,55$; $df= 1$; $p\leq 0,05$).

9. 3.6. Relación entre distintas variables motivacionales

Dentro de la población estudiada también existían relaciones entre las distintas variables motivacionales. El deseo de dejar de fumar y el deseo de reducir el consumo de tabaco se correspondieron tanto con los resultados respecto al estadio de cambio obtenidos en el URICA como a los del balance decisional. En este sentido, las personas que deseaban dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco solían encontrarse con mayor frecuencia en el estadio de contemplación que los que no deseaban hacerlo (Tabla 39). Para obtener estos resultados no se tuvieron en cuenta los datos respecto al estadio de acción debido al escaso tamaño de la muestra de éste ($n= 2$). También pudo observarse que, tanto las personas que querían dejar de fumar como los que querían reducir el número de cigarrillos tenían una puntuación mayor en los *contras* del Cuestionario de Balance Decisional de Tabaquismo que los que no querían realizar estos cambios. Así, las puntuaciones medias en los *contras* de las personas que querían dejar de fumar fueron de 25,54 (DE= 8,11) frente a un 18,67 (DE= 7,14) de las personas que no deseaban hacerlo ($t= -4,85$; $df= 100$; $p\leq 0,001$). Los fumadores que deseaban reducir su consumo de tabaco obtuvieron una puntuación media en los *contras* de 24,71 (DE= 7,97) frente a un 17,71 (DE=7,17; $t= -4,43$; $df= 100$; $p\leq 0,001$). En lo relacionado al resultado final del balance decisional, las personas que manifestaron su deseo de dejar de fumar obtuvieron una mayoría de *contras* en lo relacionado con el consumo de tabaco. Este resultado, sin embargo, no se observó en las personas que deseaban reducir el consumo de tabaco (Tabla 40).

Tabla 39. Estadío de cambio y deseo de dejar de fumar o reducir el consumo de tabaco

Le gustaría dejar de fumar	Precontemplación (n, %)	Contemplación (n, %)	χ^2	df	p
No/No sabe	38 (74,5%)	13 (25,5%)	28,6	2	p≤0,001
Si	10 (20,4%)	39 (79,5%)			
Le gustaría reducir el consumo	Precontemplación (n, %)	Contemplación (n, %)	χ^2	df	p
No/No sabe	29 (78,9%)	8 (21,1%)	23,09	2	p≤0,001
Si	18 (29,1%)	44 (70,9%)			

Tabla 40. Resultado del balance decisonal y deseo de dejar de fumar o reducir el consumo de tabaco

Le gustaría dejar de fumar	Mayoría <i>Pros</i> (n, %)	Mayoría <i>Contras</i> (n, %)	χ^2	df	p
No/No sabe	41 (82%)	9 (18%)	10,99	2	p≤0,005
Si	25 (51%)	24 (49%)			
Le gustaría reducir el consumo	Mayoría <i>Pros</i> (n, %)	Mayoría <i>Contras</i> (n, %)	χ^2	df	p
No/No sabe	29 (76,3%)	9 (23,7%)	2,61	2	0,27
Si	37 (60,7%)	24 (39,3%)			

También se pudo observar la existencia de la relación entre haber realizado algún intento de reducir el consumo de tabaco durante el último año y la motivación para dejar de fumar. Así, las personas que habían hecho algún intento de reducción de consumo de tabaco de forma reciente manifestaron en mayor proporción deseos de dejar de fumar y se encontraban en mayor proporción en el estado de contemplación que los que no han realizado ningún intento de reducir su consumo de tabaco durante el último año (Tabla 41).

Tabla 41. Intentos de reducción durante el último año, deseo de dejar de fumar y estadio de cambio

Ha intentado reducir	No quiere dejar/no sabe (n, %)	Quiere dejar (n, %)	χ^2	df	p
No	40 (59,7%)	27 (40,3%)	5,94	1	$p \leq 0,001$
Si	12 (34,3%)	23 (65,7%)			
Precontemplación (n, %)		Contemplación (n, %)	χ^2	df	p
No	39 (59,1%)	26 (39,4%)	10,04	1	$p \leq 0,001$
Si	9 (25,7%)	26 (74,3%)			

Finalmente, señalar que cuando se compararon los estadios de precontemplación y contemplación en lo referido a número de motivos para dejar de fumar y/o reducir el consumo, las personas que se encontraban en el estadio de contemplación enumeraron un mayor número de motivos de media para dejar de fumar o reducir el consumo de tabaco que las que se encontraban en el estadio de precontemplación ($M = 2,10$; $DE = 1,57$ vs. $M = 0,98$; $DE = 1,66$; $t = -3,42$; $df = 97$; $p \leq 0,001$).

9. 4. Predictores del consumo de tabaco y motivación para dejar de fumar y/o reducir el número de cigarrillos

Para la obtención de estos resultados se llevaron a cabo análisis mediante regresión lineal y regresión logística binaria.

A través del análisis de regresión lineal se pudo observar que las variables que predecían el consumo de cigarrillos fumados diariamente eran la edad de inicio de consumo ($\beta = -0,27$; $t = -2,94$; $p \leq 0,005$; $R^2 = 0,07$) y la asignación económica diaria ($\beta = 0,42$; $t = 4,56$; $p \leq 0,001$; $R^2 = 0,17$). La cantidad de varianza explicada por estas dos variables fue del 24% (R^2 ajustado = 0,24).

Tabla 42. Variables predictoras del consumo de cigarrillos

Variables	R	R^2	R^2 ajustado	$F(df)$	p	Cambio en R^2	Cambio en $F(df)$	p
Edad inicio	0,41	0,24	0,22	14,08 (2)	$p \leq 0,001$	0,07	8,69 (1)	$p \leq 0,005$
Asignación	0,41	0,16	0,16	17,90 (1)	$p \leq 0,001$	0,17	17,90 (1)	$p \leq 0,001$

La asignación económica diaria también se mostró como predictora del nivel de CO en aire expirado ($\beta = 0,32$; $t = 4,44$; $p \leq 0,001$; $R^2 = 0,10$) explicando el 10% del total de la varianza de esta variable y de la puntuación total del FNTD ($\beta = 0,25$; $t = 2,59$; $p \leq 0,001$; $R^2 = 0,06$) explicando en este caso el 6% de la varianza.

En lo relacionado a la motivación para dejar de fumar, se observó que el número de horas de actividad semanal predecía el número de motivos para dejar de fumar ($\beta = 0,33$; $t = 3,09$; $p \leq 0,001$; $R^2 = 0,11$) siendo la cantidad de varianza explicada por esta variable del 11%. Otra variable que relevante fue la asignación económica diaria la cual se mostró como predictora de los *pros* de la conducta de fumar ($\beta = 0,25$; $t = 2,61$; $p \leq 0,001$; $R^2 = 0,06$) explicando en este caso el 6% de la varianza.

Mediante el análisis de regresión logística binaria se pudo observar que los años de ingreso eran predictores de que la persona manifestara querer dejar de fumar ($OR = 1,12$; $\chi^2 = 4,02$; $p \leq 0,001$; $R^2 = 0,17$) siendo la cantidad de varianza explicada por esta variable del 17%. La Tabla 43 expone un resumen de los principales predictores del consumo de tabaco y la motivación para dejar de fumar.

Tabla 43. Resumen de los resultados en la predicción de variables relacionadas con el consumo de tabaco y la motivación para dejar de fumar

Variable dependiente	Variable predictora	Cantidad de varianza explicada (%)
Nº de cigarrillos/día	Asignación económica diaria	17%
	Edad de inicio en el consumo	7%
CO en aire expirado	Asignación económica diaria	10%
Puntuación total FNTD	Asignación económica diaria	6%
Querer dejar de fumar	Años de ingreso en el centro	17%
Nº de motivos para dejar de fumar	Nº de horas de actividad semanal	11%
<i>Pros</i> de la conducta de fumar	Asignación económica diaria	6%

Discusión y conclusiones

10. DISCUSIÓN

10.1. Características generales del estudio

La característica más resaltable del presente estudio es que, por primera vez en nuestro país, se ha investigado el consumo de tabaco y la motivación para dejar de fumar de las personas ingresadas en una UCPP incluyendo además la utilización de la cooximetría para la medición del CO en aire expirado, lo que ha permitido obtener datos fisiológicos fiables del hábito tabáquico de los participantes en la investigación.

Como se ha comentado previamente, los fumadores con trastornos mentales presentan una prevalencia de consumo de tabaco muy elevada, consumen mayor cantidad de cigarrillos, realizan inhalaciones más rápidas y profundas y presentan mayores niveles de dependencia a la nicotina que el resto de fumadores (Kessler, 1996, Grant, Hasin, Chou, Stinson y Dawson, 2004; Stockings, et al., 2013). Como consecuencia de este elevado consumo de tabaco, estos fumadores con frecuencia presentan enfermedades orgánicas graves lo que hace que se incremente su probabilidad de mortalidad prematura. Además, suelen emplear un alto porcentaje de sus ingresos en la compra de tabaco en detrimento de la compra de otros productos de primera necesidad (Lawn, 2001; Steinberg, Williams y Ziedonis, 2004) lo que contribuye a empeorar todavía más su calidad de vida. A pesar de que en el resto de la población la prevalencia del consumo de tabaco ha disminuido considerablemente y de que, en los últimos años, han aparecido diversas formas eficaces de tratamiento del tabaquismo de las que los fumadores con trastornos mentales pueden beneficiarse, la frecuencia con la que se les oferta la posibilidad de realizar una deshabituación tabáquica es muy baja. Habitualmente esto sucede debido a creencias erróneas del personal sanitario, como lo es la creencia de que los fumadores con otras psicopatologías no están motivados para dejar de fumar y/ o que, al hacerlo, pueden sufrir un empeoramiento en su psicopatología de base (Dodgen, 2005; Tsoi, Porwal, y Webster, 2013). Sin embargo, las investigaciones realizadas indican precisamente lo contrario: los

fumadores con trastornos mentales quieren dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco, conocen los beneficios de dejar de fumar y saben que el tabaco afecta seriamente a su salud, realizan intentos de abandono y expresan motivos para dejar de fumar similares a los que expresan el resto de la población (Ashton, Rugby y Galletly, 2013; Carosella, Ossip-Klein y Owens, 1999; Hall et al., 2006; McFall, et al., 2010; Mendelson y Montebello, 2013; Moaller-Saxone, 2008). Tal y como se expone a continuación, datos similares se encontraron en el presente estudio lo que esperamos contribuya en alguna medida a eliminar este tipo de mitos respecto a la cesación tabáquica de los fumadores con psicopatologías y , más en concreto, con trastornos mentales graves.

El estudio también incluyó el análisis de los distintos tipos de relaciones existentes entre los factores del consumo de tabaco y de la motivación para dejar de fumar, además de los tipos de relaciones de éstos con otras variables que se han mostrado significativas en el abandono del consumo de tabaco en estos fumadores como son las variables relacionadas con la psicopatología, la salud física y/o la realización de determinadas actividades de tipo ocupacional, formativo o laboral (Dickerson, et al., 2011; Ferron, et al., 2011).

Respecto a las limitaciones del estudio, señalar que debido a las características del centro en el que éste se ha llevado a cabo, la totalidad de la muestra estuvo compuesta por varones por lo que, en este sentido, se limitó en cierta medida la posibilidad de generalizar los resultados. Otro aspecto a considerar es que en el centro existían medidas de control tanto en lo relacionado al acceso como al consumo de tabaco, lo que hay que tener en cuenta a la hora de valorar los datos. Igualmente, tampoco se llevó a cabo ningún proceso de aleatorización respecto a la muestra ni se compararon las características sociodemográficas, psicopatológicas y relativas al nivel de actividad y salud física con las personas no fumadoras ingresadas en la UCPP.

A pesar de las limitaciones comentadas, consideramos que el haber obtenido datos sobre los distintos tipos de relaciones existentes entre las variables que fueron objeto de estudio ofrece la posibilidad de tener un mayor nivel de conocimiento sobre la complejidad de la dependencia a la nicotina y el consumo de tabaco de esta población, así como de su motivación para el abandono del consumo de tabaco lo que en un futuro puede facilitar la posibilidad de realizar intervenciones más individualizadas y, por tanto, más eficaces.

10.2. Características generales de la muestra

En la investigación participaron 102 personas, todas ellas varones, con una edad media de 49,53 años, en su mayoría de ellos solteros (92,2%) y sin hijos (90%), con poca formación académica (61.7% sin estudios o con enseñanza primaria obligatoria) y con una escasa asignación económica diaria (5,81 euros).

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo en el área de Salud Mental del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, siendo todos ellos usuarios ingresados en la UCPP. La forma de reclutamiento de los participantes ha seguido los trámites éticos que se requieren para la participación en cualquier investigación científica incluyendo la cumplimentación de consentimientos informados tanto de los participantes como de los tutores legales.

Respecto al tamaño de la muestra, aunque es suficiente para los análisis estadísticos que se han llevado a cabo, fue algo menor que la de otros estudios realizados en centros psiquiátricos en los cuales las muestras han oscilado entre 160 y 270 participantes (Keizer, Gex-Fabry, Eytan y Bertschy, 2009; Lores, et al., 2010; Tanriover, Karamustafalioglu, Tezvaran, Kaplan y Tomruk, 2013), llegando incluso algún estudio a incluir hasta 776 participantes (Lineberry, Allen, Nash y Galaridy, 2009).

En lo relacionado con las variables sociodemográficas, no se pudieron analizar las diferencias o similitudes con otras investigaciones respecto a la distribución por sexos debido a que todos los participantes de nuestro estudio fueron varones. Respecto al resto de variables sociodemográficas, los resultados obtenidos en el presente estudio fueron similares a otras investigaciones en lo referido a la media de edad, el nivel educativo o el nivel económico (Keizer, Gex-Fabry, Eytan y Bertschy, 2009).

Un porcentaje importante de los participantes realizaba alguna actividad fuera de su unidad de ingreso (69,3%), siendo las actividades más frecuentes las relacionadas con talleres ocupacionales (47,1%) los cuales requerían de un menor nivel de autonomía, seguidas en menor medida de los talleres laborales (14,7%) y formativos (8,8%) donde acudían personas con mejores capacidades de desempeño en su vida diaria. La media de tiempo de actividad fuera de la unidad de ingreso fue de 11,15 horas semanales. La investigación en lo relacionado la realización de este tipo de actividades y el consumo de tabaco en personas ingresadas en UCPP es muy limitada. Sin embargo, si existen numerosas investigaciones que relacionan la utilización de terapia ocupacional con la mejoría de la sintomatología de diversos trastornos mentales y, concretamente en lo referido a los trastornos psicóticos, existiendo evidencia de que el participar en actividades de terapia ocupacional mejora considerablemente la sintomatología negativa de las personas con esquizofrenia, en mayor medida incluso que la sintomatología positiva (Bejerhom y Eklund, 2007; Eklund, Hansson y Bejerholm, 2001; Rouleau, Saing-Jean, Stip y Fortier, 2009; Tatsumi, Yotsumoto, Nakamae y Hashimoto, 2012). Aunque a día de hoy todavía no existe consenso respecto a qué tipo de síntomas concretos se benefician más con este tipo de intervenciones, sí que se han hallado resultados favorables respecto a síntomas relacionados con la motivación como son la apatía, la abulia y la anhedonia. Estas variables están estrechamente relacionadas con la toma de decisiones y son fundamentales a la hora de avanzar en el proceso de abandono de cualquier sustancia. Por este

motivo, sería interesante el potenciar estas vías de intervención debido a la elevada frecuencia de aparición de la sintomatología referida entre los participantes de nuestro estudio.

La mortalidad relacionada con el consumo de tabaco es muy elevada, estimándose que alrededor del 12% de las muertes ocurridas en personas mayores de 30 años están relacionadas con esta dependencia (World Health Organization. 2012). El tabaco es la causa directa del desarrollo de múltiples enfermedades entre las que destacan las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y diferentes tipos de cáncer. El elevado consumo de tabaco en las personas con trastornos mentales hace que las posibilidades de desarrollar este tipo de enfermedades sean mayores. Así, por ejemplo, las personas con esquizofrenia tienen un riesgo de hasta diez veces mayor que el resto de la población para desarrollar una enfermedad respiratoria. También presentan mayores riesgos de tener enfermedades cardiovasculares y oncológicas. Además, con mayor frecuencia presentan factores de riesgo para distintas patologías como son la hipertensión, la diabetes o la obesidad (Joukamaa, et al., 2001; Osby, Correia, Brandt, Ekblom y Sparen, 2000). Todo ello contribuye a que las personas con trastornos mentales mueran hasta 25 años antes que el resto de la población (Parks, Svendsen, Singer y Foti, 2006). Tras analizar las variables relacionadas con la salud de nuestro estudio, los resultados obtenidos también demostraron una elevada presencia de patologías orgánicas relacionadas con el consumo de tabaco observándose éstas en un 67,6% del total de la muestra. Al analizar los datos por distintas patologías, los antecedentes de patologías orgánicas que aparecían con mayor frecuencia fueron las enfermedades respiratorias (28,4%), la hipercolesterolemia (25,5%) y la hipertensión (19,6%), seguidos de las enfermedades cardiovasculares (12,7%), la diabetes (11,8%) y las enfermedades oncológicas (3,9%). La elevada presencia de antecedentes de enfermedades orgánicas provocadas por el tabaco así como de factores de riesgo para la salud que pueden verse potenciados por el consumo del mismo en los participantes de la muestra, es un indicador de la gravedad del consumo de cigarrillos en esta población que puede provocar, si no se llevan

a cabo las medidas terapéuticas eficaces, un mayor riesgo de mortalidad prematura en los usuarios ingresados en el centro.

Los datos obtenidos en lo referido a las variables psicopatológicas ponen de manifiesto la gravedad de los participantes en la investigación. El 94,2% de la muestra tenía como diagnóstico principal algún trastorno psicótico, siendo los más frecuentes el de esquizofrenia residual (43,1%) y el de esquizofrenia paranoide (37,3%). Más de la mitad de la muestra tenía antecedentes de abuso de sustancias (55,9%) y un tercio tenía más de un diagnóstico psiquiátrico (33%). En este sentido, la presente investigación difiere de otros estudios sobre consumo de tabaco en personas ingresadas en centros psiquiátricos, cuyas muestras suelen incluir mayores porcentajes de personas con otros tipos de trastornos, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar o los trastornos por consumo de sustancias (Keizer, Gex-Fabry, Eytan y Bertschy, 2009; Lores, et al., 2010). Esto se explica principalmente porque nuestra investigación se ha ceñido a la UCPP del centro, donde los usuarios llevaban bastantes años ingresados y presentaban trastornos de mayor cronicidad e incapacitación como lo son los dos tipos de esquizofrenia mencionados, mientras que, en otras investigaciones, los estudios se han realizado de diversas áreas de los centros psiquiátricos por lo que es más probable que incluyan mayor variedad de diagnósticos. Otro dato relacionado la gravedad de la psicopatología así como del déficit de desempeño es la es la puntuación media obtenida en el EEAG siendo ésta de 39,31 puntos. Esta puntuación se situaba en el rango de puntuaciones de entre 40 y 31 puntos correspondiente a la presencia de alteraciones en la verificación de la realidad o la comunicación, o alteraciones importantes en varias áreas de la vida de una persona como es la laboral, escolar, familiar, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo. El resto de variables que son indicadoras de la gravedad de los participantes de la muestra son las relacionadas con la incapacitación civil (el 67,6% de los participantes), la involuntariedad del ingreso (91,5%) y el elevado porcentaje de antecedentes de intentos autolíticos (21,6%). En

este sentido consideramos que, aunque la presencia de un mayor número de personas con diagnósticos de psicosis podría limitar en cierta medida la generalización de los resultados a otros trastornos mentales, el que se obtuvieran datos de consumo de tabaco y motivación para dejar de fumar en personas con esta gravedad de psicopatología es un avance en la investigación de la dependencia al tabaco en fumadores con trastornos mentales graves.

10.3. Tabaquismo en los usuarios ingresados en la UCPP del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos

10.3.1. Prevalencia, historia de consumo y dependencia a la nicotina

La prevalencia de consumo de tabaco entre los usuarios ingresados en la UCPP fue del 68,5%. Según la Encuesta Nacional de Salud (Instituto Nacional de Estadística, 2013), la prevalencia de consumo de tabaco en la población general es del 24%, por lo que existe una gran diferencia de consumo entre los participantes de la investigación y el resto de la población. Esta diferencia tan significativa se hace también evidente si nos fijamos en los datos de la encuesta referidos exclusivamente a hombres donde se observa una prevalencia del 27,9%. En nuestro país no existen datos epidemiológicos oficiales respecto al consumo de tabaco en fumadores con trastornos mentales. Por este motivo, la comparación de los resultados de prevalencia obtenidos en la investigación hay que llevarla a cabo con los datos que ofrecen las encuestas realizadas en otros países. Así, según la *Health Survey for England* publicada en el año 2010 en Inglaterra (NHS Information Centre, 2010), el 37% de las personas con trastornos mentales eran fumadoras. Otra encuesta de referencia es la *National Survey on Drug Use and Health*, realizada en Estados Unidos a población adulta entre los años 2009-2011 y que ofrece datos de prevalencia por género y edad. Según estos datos, la prevalencia de consumo de tabaco entre los hombres fumadores con trastornos mentales es del 39,6%, siendo algo menor, el 34,7%, entre los hombres en edades comprendidas entre los 45 y 64 años (donde se situaría la media de edad de los participantes de la muestra). Como puede apreciarse, los datos de

prevalencia obtenidos en los usuarios ingresados en la UCPP de nuestro estudio fueron superiores a los de otros fumadores con trastornos mentales incluso cuando la comparación se realiza por edad y sexo.

Por último, es interesante también realizar una comparación con otros estudios sobre consumo de tabaco en personas ingresadas en centros psiquiátricos. Los resultados encontrados varían según las diferentes investigaciones, aunque normalmente se sitúan en torno al 45-70% aumentando éstos al 55,9-80,0% cuando se trata de personas con trastornos psicóticos. En la Tabla 44 se muestran los datos de prevalencia de consumo, tanto generales como de personas con trastornos psicóticos, hallados en diversas publicaciones. Como puede observarse, los datos de prevalencia de consumo son muy elevados en todas ellas y se incrementan todavía más en el caso de las personas con trastornos psicóticos, salvo en el estudio de Keizer y colaboradores que es inferior. Las prevalencias varían en función, tanto del país en el que se ha realizado el estudio, como en el año en el que se ha llevado a cabo debido a que una variable que influye de forma determinante en estos datos es la existencia o no de políticas sobre el control del consumo de tabaco en los centros psiquiátricos. Así, encontramos prevalencias algo inferiores en el estudio realizado en Estados Unidos que en el momento en el que se llevó a cabo ya tenían estas políticas de control de consumo de tabaco, en comparación con el resto de estudios que se realizaron en un momento en que, o bien todavía no existía una legislación plena de control de tabaquismo o bien, como en el caso de Turquía, se permiten excepciones a la legislación en el caso de centros psiquiátricos. Teniendo en cuenta que la mayoría de la muestra de nuestro estudio sufría un trastorno psicótico, los datos de prevalencia encontrados en nuestra investigación son algo inferiores a los obtenidos en estudios españoles con este mismo tipo de población pero que se realizaron antes de la implementación de la legislación actual (Ley 42/2010, 2010).

Tabla 44. Datos de la prevalencia de consumo de tabaco en centros psiquiátricos según diversos estudios

Autores y año	N	País	Cualquier	Trastornos
			T. mental	psicóticos
Llerena, Rubia, Peñas-Lledó, Díaz y Leon, 2003.	200	España	53%	70%
Lineberry, Allen, Nash y Galaridy, 2009.	776	EEUU	45,9%	55,9%
Keizer, Gex-Gabry, Wytan y Batschy, 2009	180	Suiza	63,3%	51,9%
Lores, et al., 2010	276	España	65,6%	80%
Tanriover, Karamustafalioglu, Tezvaran, Kaplan y Tomruk, 2013	160	Turquía	70%	**

** No se incluyen datos de prevalencia por distintos tipos de diagnóstico

Respecto a los datos de la historia de consumo, observamos que la media de cigarrillos día de los participantes en la investigación fue de 20,47 y el nivel medio de CO en aire expirado es de 26,6 p.p.m.. Estos resultados sobre el número de cigarrillos consumidos al día fueron inferiores a lo que se observan en otros estudios donde sitúan el consumo tabaco en personas con trastornos mentales en torno a 25-30 cigarrillos diarios (Baker, et al., 2007; Ziedonis, et al., 2008). Existen varios motivos que podrían explicar esta diferencia. Uno de ellos es que el estudio se realizó en un centro en el que se aplica la legislación vigente, por lo que el consumo de tabaco está limitado sólo a los espacios abiertos. Otra razón que podría plantearse es que al 53,9% de los participantes se les realizaba algún tipo de control sobre el acceso al consumo de tabaco, bien sea porque se les retiraba el tabaco por la noche y se le devolvía después de desayunar (49,1%), porque se les daba sólo una cantidad determinada de tabaco (34%) o por ambas (17%), aunque no se encontraron diferencias significativas en lo relacionado con estas variables y el número de cigarrillos/día. Por último, las personas ingresadas en la UCPP disponían de una asignación económica diaria limitada, siendo la media de ésta de 5,81 euros mostrándose esta variable como predictora del consumo tal y como veremos más adelante. En lo relacionado con la interpretación de las puntuaciones del nivel de CO en aire expirado, es importante tener en cuenta que éstas, aunque principalmente suelen estar relacionadas con el número de cigarrillos/día, pueden variar en función de distintos factores como el tiempo que ha

pasado desde que se fumó el último cigarrillo, la existencia de determinadas enfermedades o la forma de consumo de tabaco entre otros. Así, algunos participantes de nuestro estudio obtuvieron puntuaciones realmente elevadas (de hasta 80 p.p.m.) lo que en parte podría estar relacionado con el hecho de realizar inhalaciones más rápidas y profundas que provocarían una mayor absorción del gas. A pesar de estos datos, la puntuación media de CO observada en nuestra investigación no difería mucho de lo encontrado en otras investigaciones realizadas con fumadores de la población general cuya media de consumo de tabaco era similar a la de los fumadores de nuestro estudio (Deveci, Deveci, Açik, y Ozan, 2004; Joseph, et al., 2005).

La edad media de inicio de consumo de tabaco de los participantes del estudio fue de 14,63 años bastante inferior a la media de inicio de consumo tanto de la población general, que es de 17,2 años, como de los hombres en edades comprendidas entre los 45 y 54 años, que es de 16,8 años, lo que confirma los resultados observados en otras investigaciones respecto a un inicio más temprano del consumo de tabaco en personas con trastornos mentales y que se relaciona con un desarrollo precoz y de mayor gravedad de dependencia a la nicotina (Lawrence, Mitrou, Sawyer y Zubrick, 2010). Sin embargo, y en lo referido a la dependencia a la nicotina, las puntuaciones obtenidas en el FNTD fueron algo menores que las que se han observado en otras investigaciones. Así, en nuestro estudio, la puntuación media total en este test fue de 5,43 lo que se corresponde con una dependencia a la nicotina moderada. Otros estudios encuentran que los fumadores con trastornos mentales suelen presentar puntuaciones superiores a seis puntos correspondientes con una dependencia a la nicotina elevada, pudiendo incluso éstas llegar a ocho puntos cuando se trata de personas ingresadas en centros psiquiátricos (John, Meyer, Rumpf y Hapke, 2004; Lores, et al., 2010; Tanriover, Karamustafalioglu, Tezvaran, Kaplan y Tomruk, 2013). Los motivos de que en nuestra investigación la puntuación en el test fuera más baja es que a un importante número de personas se les retiraba el tabaco por la noche por lo que no podían fumar a durante los primeros

momentos del día. De hecho, se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones totales en el FNTD siendo éstas menores en aquellas personas a las que se les retiraba el tabaco durante la noche. Estos resultados plantean que quizá este test no sea la medida más adecuada para valorar la dependencia a la nicotina en fumadores ingresados en centros psiquiátricos en los que existen medidas de control al acceso de tabaco, por lo que habría que plantearse la posibilidad de utilizar otro tipo de instrumentos que se adecúe más a las peculiaridades de este tipo de población.

Finalmente, comentar que el 82,6% de los participantes del estudio admitió que el tabaco afecta en alguna medida a su salud siendo el porcentaje de los que pensaban que les afecta bastante o muchísimo del 49,3%. Sin embargo, menos de la mitad había realizado a lo largo de su vida algún intento de abandonar el consumo de cigarrillos (34,3%), disminuyendo considerablemente este porcentaje cuando se analizaron los que habían intentado dejar de fumar durante el último año (3,9%). Este porcentaje fue muy inferior a lo observado en otras investigaciones que muestran como un 85% de los fumadores con trastornos mentales han realizado algún intento de dejar de fumar en algún momento de sus vidas. Estos resultados también se observan cuando las investigaciones se realizan con fumadores ingresados en centros psiquiátricos, tanto de media como de larga estancia, donde se observa que el 81,5% habían realizado algún intento de abandono del consumo de tabaco (Mendelson y Montebello, 2013; Stockings, et al., 2013) Además, cuando intentaban dejar de fumar en muy pocas ocasiones utilizaban algún método para llevarlo a cabo (sólo el 18,8% refiere haberlo hecho). Si a esto unimos que el 68,7% de los participantes refería que su médico nunca les había recomendado abandonar el consumo de tabaco, podríamos concluir que uno de los factores que podrían estar influyendo en esa elevada prevalencia de consumo de cigarrillos es la falta de oferta de programas de tratamiento de tabaquismo específicos para estos fumadores.

Por todo lo expuesto previamente, la primera hipótesis del estudio en la que se planteaba que la prevalencia de consumo de tabaco, así como la dependencia a la nicotina es elevada entre las personas ingresadas en una UCPP sólo se cumple parcialmente ya que, aunque la prevalencia de consumo de tabaco sí que demostró ser muy alta y se encontraron factores relacionados con una mayor dependencia a la nicotina como fue la temprana edad de inicio en el consumo, los resultados de otras variables, como el número de cigarrillos día y la puntuación total en el FNTD, indicaron niveles de dependencia moderada. A la hora de valorar estos resultados es importante tener en cuenta, sin embargo, la existencia de políticas de control de tabaquismo del centro así como el hecho de que el instrumento utilizado para la medición de la dependencia a la nicotina demostró tener serias limitaciones en el contexto en el que se llevó a cabo el estudio.

10.3.2. Factores predictores del consumo de tabaco

El análisis de los factores predictores permite tener un conocimiento mejor respecto al modelo de consumo de tabaco y ofrece la posibilidad de observar de forma aislada la influencia de determinadas variables, lo que puede facilitar la realización de las intervenciones terapéuticas futuras. Las investigaciones que han analizado los factores predictores de un mayor consumo de tabaco y una mayor dependencia a la nicotina en personas con trastornos mentales, han encontrado que éstos serían el ser varón, el tener mayor edad, el inicio temprano en el consumo de tabaco, el consumo de otras sustancias de abuso, tener menor nivel socioeconómico y tener mayor sintomatología depresiva así como un mayor número de intentos autolíticos (Cooper, et al., 2012; Heffner, DelBello, Fleck, Anthenelli y Strakowski, 2008; Kreinin, Noviski, Rabinowitz, Weizman y Grinshpoon, 2012; Zhang, et al, 2012). Otro aspecto a tener en cuenta, aunque no se ha mostrado hasta la fecha como una variable predictora en sí misma, es la disponibilidad de dinero de tal forma que mayor dinero disponible mayor consumo de

tabaco (Srinivasan y Thara, 2002). Respecto a características más concretas de los trastornos psicóticos, no existe todavía acuerdo en lo relacionado con si las personas con esquizofrenia con mayor sintomatología negativa fuman más que las que tienen mayor sintomatología positiva (Zhang, et al., 2012).

En nuestro estudio, los dos únicos factores que se mostraron como predictores del consumo de tabaco y de la dependencia a la nicotina fueron la asignación económica diaria y la edad de inicio de consumo. Respecto a la asignación económica, se observó que a mayor dinero recibido diariamente mayor número de cigarrillos consumidos al día, mayor nivel de CO en aire expirado y mayores puntuaciones de dependencia a la nicotina en el FNTD, mostrándose la asignación económica como una variable predictora para los tres factores. Las investigaciones respecto a la relación entre la asignación económica diaria y el consumo de tabaco en personas con trastornos mentales es muy escasa y todavía es más limitada en el caso de personas ingresadas en centros psiquiátricos aunque, en espacios donde existen diversos modos de control tanto del acceso como del uso del tabaco, es una variable que se muestra claramente relevante. Las personas con trastornos mentales gastan gran parte de sus ingresos mensuales en el consumo de tabaco, prefieren en muchas ocasiones emplear su dinero en consumir cigarrillos que en la compra de productos básicos o en la realización de actividades placenteras y de ocio (Lawn, 2001; Steinberg, Williams y Ziedonis, 2004), observándose que a mayor cantidad de dinero mayor cantidad de cigarrillos fumados. Se ha llegado a plantear como medida de control del tabaquismo en este tipo de fumadores el limitar el acceso a los ingresos económicos o el realizar algún tipo de control del dinero por parte de la familia (Srinivasan y Thara, 2002). Esta estrategia que puede plantear ciertas cuestiones éticas, se realiza sin embargo de forma habitual en el tratamiento de otras dependencias como parte de las técnicas de control de estímulos que se utilizan en las primeras etapas del proceso de deshabituación, por lo que habría que considerarla seriamente, junto con otras técnicas de intervención, sobre todo en

aquellos casos en los que el consumo de tabaco esté suponiendo un riesgo grave para la salud del fumador.

La edad de inicio de consumo se mostró como una variable predictora del número de cigarrillos fumados al día, de tal forma que a menor edad de inicio de consumo mayor número de cigarrillos fumado diariamente. Los factores que influyen tanto en el consumo de tabaco como el desarrollo de la dependencia a la nicotina son diversos: desde factores genéticos relacionados con una mayor metabolización de la nicotina (Batra, Patkar, Berrettini, Weinstein y Leone, 2003) a diferentes factores psicosociales entre los que se encuentran la presencia de modelos fumadores en el entorno inmediato, la accesibilidad al tabaco o la existencia o no de legislaciones que controlen el consumo, la venta y la publicidad (U.S. Department of Health and Human Services, 2012). Una de las variables que se encuentra claramente relacionada con el desarrollo de un mayor consumo de tabaco así como de una mayor dependencia a la edad adulta, tanto en personas con trastornos mentales como en el resto de la población, es la edad de inicio de consumo. Así, se ha observado que el empezar a fumar en edades tempranas (inferiores a los 14 años) aumenta de forma considerable la prevalencia de consumo en el adulto así como la cantidad de tabaco consumida (Hernández, et al, 2009; Lanza y Vasilenko, 2015; Mateo, et al., 2005). Como se comentaba previamente, los fumadores con trastornos mentales empiezan a fumar antes que el resto de fumadores y evolucionan rápidamente a un consumo diario y mayor de cigarrillos que el resto de fumadores, lo que es uno de los factores que contribuyen a la existencia de una mayor dependencia a la nicotina en la edad adulta (Lawrence, Mitrou, Sawyer y Zubrick, 2010).

10.3.3. Otros factores relacionados con el consumo de tabaco

La otra variable que mostró tener algún tipo de relación con el consumo de tabaco en los usuarios ingresados en la UCPP fue el tipo de diagnóstico principal, siendo las personas que

consumían mayor cantidad de cigarrillos los que tenían un diagnóstico de esquizofrenia paranoide y trastorno esquizoafectivo. No existen demasiadas investigaciones respecto al consumo de tabaco en función del tipo de trastorno psicótico diagnosticado. Una de ellas es la llevada a cabo por Zhang y colaboradores (Zhang, et al., 2012; Zhang, et al., 2014) con 550 hombres fumadores diagnosticados de esquizofrenia ingresados en un centro psiquiátrico. Uno de los objetivos de su investigación era relacionar las tasas de prevalencia de consumo así como la cantidad de tabaco consumida con la gravedad de la sintomatología de las personas con esquizofrenia. Encontraron que las personas diagnosticadas con esquizofrenia paranoide consumían más de un paquete diario (*heavy smokers*) y fumaban más cantidad de tabaco que las personas con otros diagnósticos como el de esquizofrenia desorganizada (hebefrénica) o el de esquizofrenia residual, quienes en el estudio presentaron tasas inferiores de consumo. La mayoría de las investigaciones en este campo, sin embargo, se han centrado con mayor detenimiento en el análisis de la relación entre el consumo de tabaco y la sintomatología negativa o positiva de los trastornos psicóticos aunque día de hoy no parece existir consenso respecto a este tema. Existe una amplia literatura que aboga por el hecho de que las personas con esquizofrenia que tienen mayor presencia de sintomatología negativa fuman en mayor proporción y cantidad que los que no la tienen y, en consecuencia, se observa en ellos una disminución considerable de esta sintomatología (Aguilar, Gurpegui, Díaz y de León, 2005; Patkar, Gopalakrishan, Lundy, Leone, Certa y Weinstein, 2002). Estas investigaciones irían en la línea de la hipótesis de la automedicación según la cual el consumo de tabaco en personas con trastornos psicóticos estaría justificado en gran medida por esta disminución de la sintomatología negativa. De hecho, la investigación comentada previamente de Zhang encuentra también menor sintomatología negativa en los fumadores de más de 30 cigarrillos al día por lo que concluyen que el mayor consumo de tabaco estaría relacionado con esa disminución de los síntomas. Otros estudios sin embargo no han podido corroborar estos

resultados (Fawzi, Fawzi, Khedr y Fawzi, 2007; Iasevoli, Balletta, Gilardi, Giordano y Bartolomeis, 2013). En nuestra investigación no se ha realizado una evaluación de la sintomatología negativa y positiva de forma específica. Es cierto que las personas con esquizofrenia paranoide suelen presentar una mayor frecuencia de sintomatología positiva por lo que sería interesante, para futuros estudios, el utilizar herramientas de evaluación precisas de estos síntomas que nos permitieran analizar con una mayor precisión la relación de la sintomatología con el consumo de tabaco en los fumadores ingresados en la UCPP.

El tener antecedentes de abuso de sustancias así como de intentos autolíticos son dos variables que se han relacionado de forma frecuente con esta dependencia. El elevado consumo de tabaco en personas que consumen otras sustancias es una evidencia referida de forma habitual en la literatura científica. Cuando una persona con diagnóstico de trastorno mental consume además otras sustancias de abuso, tiene mayores probabilidades de fumar también un mayor número de cigarrillos al día (Australian Bureau of Statistics, 2009) y, por otro lado, las personas diagnosticadas de trastornos mentales que fuman una gran cantidad de tabaco tienen mayores probabilidades de consumir otras drogas (Kelly, et al., 2011). Esta relación no sólo es evidente en el momento en que la persona es consumidora de otras drogas, sino que también ocurre cuando la persona ha dejado de consumir (Mackowik, et al., 2012). Por otro lado, diversas publicaciones muestran que las personas que con antecedentes de intentos de suicidio fuman más cantidad de tabaco que otros fumadores, asociándose la dependencia a la nicotina con una mayor probabilidad de tener este tipo de antecedentes y, observándose, que al dejar de fumar la probabilidad realizar un intento de suicidio disminuye significativamente (Keizer, Gex-Fabry, Eytan y Bertschy, 2009; Milani, et al., 2012; Ostacher, et al., 2006; Yaworski, Robinson, Sareen y Bolton, 2011). Esta relación entre antecedentes de abuso de sustancias y/o intentos autolíticos con el mayor consumo de tabaco no ha podido demostrarse sin embargo en nuestra investigación, así como tampoco lo han hecho otras variables psicopatológicas

relevantes como los años de ingreso en el centro o las puntuaciones en el EEAG. Estos resultados podrían explicarse, en parte, por la homogeneidad de los trastornos de nuestro estudio, la mayoría esquizofrenias, así como respecto a la gravedad de la psicopatología en todos los participantes de la investigación, por lo que planteamos la posibilidad de que estas variables psicopatológicas se hagan más evidentes en estudios que incluyan mayor diversidad de diagnósticos. Igualmente sería muy interesante poder llevar a cabo investigaciones que comparen las características psicopatológicas entre fumadores y no fumadores ingresados en una UCPP.

Según estos resultados, podemos afirmar que la segunda hipótesis de la investigación que planteaba el hecho de que el mayor consumo de tabaco en las personas ingresadas en la UCPP está relacionado con una mayor gravedad de su psicopatología no se cumple ya que no encontraron relaciones significativas entre el consumo de tabaco y el resto de variables planteadas en la hipótesis.

10.4. Motivación para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco en los usuarios ingresados en la UCPP del Centro San Juan De Dios de Ciempozuelos

10.4.1. Principales aspectos de la motivación para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco

El 49% de las personas ingresadas en la UCPP que participaron en el estudio manifestaron querer dejar de fumar. En el caso de las personas a las que les gustaría reducir su consumo actual de tabaco, este porcentaje se incrementó al 61,8%. Estos resultados van en contra de algunas creencias o mitos ya comentados que existen sobre los fumadores con psicopatología respecto a su ausencia de deseo de abandonar el consumo de tabaco y que, en muchas ocasiones, han justificado la ausencia de oferta de programas específicos de deshabituación tabáquica en los centros sanitarios. En contra de estas falsas creencias, existen diversos estudios que ponen de manifiesto que las personas con trastornos mentales desean

dejar de fumar, encontrándose porcentajes en torno al 80% de fumadores que verbalizan este deseo, tanto en fumadores con trastornos mentales ingresados en centros psiquiátricos (Prochaska, Fletcher, Hall y Hall, 2006, Siru, Hulse, Kahn y Trait, 2010) como en fumadores con trastornos mentales no ingresados en centros psiquiátricos (Ashton, Rugby y Galletly, 2013; Hall et al., 2006; McFall, et al., 2010; Moaller-Saxone, 2008). Se observa además que cuando se cuantifica el grado de deseo de dejar de fumar en una escala tipo Likert de hasta diez puntos, un 56,8% de estos fumadores lo valora entre cuatro y diez puntos. En nuestra investigación, no cuantificaron de forma específica el deseo de dejar de fumar y el porcentaje observado de personas que querían abandonar el consumo fue algo inferior, aun así consideramos que es un porcentaje relevante debido a la gravedad de las personas ingresadas en el centro.

Una cuestión que se plantea, sobre todo en el caso de personas con trastornos psicóticos en los que por su psicopatología existen síntomas como la abulia que frena la iniciativa y la toma de decisiones, es si esta verbalización del deseo de dejar de fumar se corresponde con una motivación real para llevarlo a cabo. Parece existir acuerdo en la investigación hoy en día en que estos deseos de dejar de fumar en personas con trastornos mentales sí corresponden con motivación para abandonar el consumo y que ésta es similar a la de los fumadores sin trastornos mentales (Siru, Hulse, Kahn y Tait, 2010) aunque es cierto que existen diferencias entre los distintos tipos de diagnósticos, siendo la motivación para dejar de fumar algo menor en el caso de las personas diagnosticadas de esquizofrenia que en personas con otros trastornos mentales como la depresión (Siru, Hulse y Tait, 2009). En este sentido, tal y como comentábamos previamente, un porcentaje muy pequeño de los participantes de nuestro estudio (34,3%) habían intentado dejar de fumar en algún momento de sus vidas. Lo que sí se encontró, sin embargo, es que un 34,3% de los participantes había reducido la cantidad de tabaco consumida durante el último año, siendo la cantidad media de cigarrillos fumados al día reducidos de 12,6. El

reducir el consumo de tabaco es una estrategia que se ha mostrado favorable, no sólo para reducir las consecuencias negativas del tabaco en la salud, sino también para aumentar la motivación para dejar de fumar (Dalack y Meador-Woodruff, 1999; McNeill, Foulds y Bates, 2001) por lo que ésta estrategia tendrá que tenerse en cuenta a la hora de diseñar programas de tratamiento para aquellos fumadores con trastornos mentales a los que les sea más difícil abandonar el consumo de tabaco.

Los motivos para dejar de fumar es una de las variables que se han relacionado con una mayor probabilidad de realizar intentos de abandono del consumo de tabaco (Hymowitz, et al., 1997), incluso algunos estudios apuntan a la idea de que algunos motivos como los relacionados con la salud o el ser un buen ejemplo para los hijos estarían relacionados con un mayor éxito en el abandono de tabaco mientras que otros como los relacionados con el ahorro económico o el efecto que el tabaco produce en otras personas lo estarían con la reducción del consumo pero no con la cesación total (Halpern y Warner, 1993). Los fumadores con trastornos mentales refieren motivos para dejar de fumar similares a los que se observan en el resto de la población, siendo los más frecuentes los motivos relacionados con la salud pero observándose otros como los motivos económicos, las recomendaciones del personal sanitario o el tener un mayor autocontrol y satisfacción personal al hacerlo (Dickerson, et al., 2011; Siru, Hulse y Tait, 2009; Stockings, et al., 2013). Estos datos también se observaron en el caso de los participantes de nuestro estudio. Así, los motivos señalados con mayor frecuencia fueron los relacionados con la salud, tanto con el estado de salud actual referido por el 59,7% de la muestra, como por el miedo a padecer enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, señalado por el 41,8%, seguidos de los motivos económicos que aparecían en un 37,3% de los participantes.

La motivación para dejar de fumar también fue evaluada a través del Cuestionario de Balance Decisional de Tabaquismo (Velicer, DiClemente, Prochaska y Brandenburg, 1985) instrumento que valora los aspectos a favor (*pros*) y en contra (*contras*) que tiene una persona

en lo referido a su comportamiento de fumar. La puntuación obtenida de forma total en los *pros* (25,02 puntos) no difiere mucho de la obtenida en los *contras* (22,04 puntos) pero se observó que un porcentaje importante de los participantes de nuestro estudio, el 64,7%, obtuvieron como resultado final de este balance decisional una mayoría de *pros* de la conducta de fumar mientras que un 32,4% obtuvieron una mayoría de *contras*. Estos resultados implican que una parte significativa de la muestra de nuestro estudio todavía veía más aspectos positivos en su comportamiento de fumar que negativos. Respecto a los aspectos que estos fumadores valoraban como más positivos de seguir fumando se encontraban la sensación de relajación, el placer obtenido y el alivio de la tensión nerviosa. Estos motivos relacionados con el placer y el alivio de estados emocionales negativos también han sido referidos en otras investigaciones realizadas en fumadores con trastornos mentales donde los participantes señalaban como principales motivos para seguir fumando el que disfrutaban haciéndolo así como la disminución de estados emocionales desagradables como el aburrimiento o la ansiedad (Carosella, Ossip-Klein y Owens, 1999; Tidey y Rohsenow, 2009). En lo relacionado a los *contras* del comportamiento de fumar, los ítems más puntuados fueron aquellos que señalaban la peligrosidad del consumo de tabaco, que los seres queridos se preocuparían si se enfermara por fumar o que al dejarlo se conseguiría un mayor nivel de energía, temas relacionados la salud y mejoría física que ya se señalaban también como motivos principales para dejar de fumar.

Por último, se valoraron en el estudio los estadios de cambio respecto a la decisión de dejar de fumar de los fumadores ingresados en la UCPP mediante la escala URICA (McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983). A través de las puntuaciones de esta escala se puede obtener información sobre el estadio de cambio respecto al abandono de tabaco en el que se encuentra el fumador (precontemplación, contemplación, acción o mantenimiento, no incluyendo la prueba el estadio de preparación). Los resultados obtenidos muestran que el 50,5% de los participantes se encontrarían en el estadio de contemplación, mientras que un

47,5% lo estaría en el de precontemplación y un 2% en el de acción, lo que indicaría, basándonos en las definiciones de los estadios de cambio propuestas por Prochaska y Di Clemente, que la mitad de las personas de la muestra estarían plateándose seriamente dejar de fumar en los próximos seis meses. Estos resultados difieren de los observados en otros estudios que demuestran que los fumadores con trastornos mentales presentan puntuaciones similares al resto de la población en lo referido a los estadios de cambio, siendo el estadio más frecuente el de precontemplación, donde se situarían en torno al 70% de los fumadores (Acton, Prochaska, Kaplan, Samll y Hall, 2001; Becoña, 2004; Etter, Mohr, Qarin y Etter, 2004; Tidey y Rohsenow, 2009). Investigaciones más recientes sin embargo, encuentran resultados distintos. Así, un estudio llevado a cabo en un servicio de hospitalización psiquiátrica, han encontrado que el 46,8% de los fumadores estarían en el estadio de contemplación manifestando intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses (Anzai, Young-Wolff y Prochaska, 2015). Esta diferencia de resultados hace pensar que quizá en este tipo de fumadores sería apropiado utilizar otro tipo de instrumentos de evaluación que permitan analizar de forma más exhaustiva los estadios de cambio, principalmente el de precontemplación. Este es el caso del *Readiness and Motivation to Quit Questionnaire* [RMQ], (Crittenden, Manfredi, Lacey, Warnecke y Parsons, 1994). Este cuestionario permite diferenciar tres tipos de precontempladores: los que no se plantean dejar de fumar ni reducir el consumo (1), los que no se plantean dejar de fumar pero sí reducir el consumo (2) y los que se plantean dejar de fumar y reducir el consumo pero no en los próximos 6 meses (3). De hecho, este cuestionario ha sido utilizado en muestras de población con trastornos mentales y las puntuaciones en lo referido a los distintos estadios de cambio difieren de otras investigaciones, situándose el mayor porcentaje de los fumadores del estudio, un 40%, en el estadio de precontemplación 3, esto es, con intención de dejar de fumar y reducir el consumo de tabaco pero no en un futuro inmediato (Stockings. et al., 2013). Podríamos inferir, que un porcentaje importante de los contempladores de nuestro estudio se

situarían en este estadio de 3 de precontemplación del RMQ por lo que sería interesante, una vez adaptada la prueba a la población española, utilizar este instrumento para valorar de forma más exhaustiva el proceso de cambio respecto al consumo de tabaco de los fumadores ingresados en la UCPP.

En función de los resultados obtenidos, podemos concluir que se cumple la tercera hipótesis de la investigación la cual planteaba que en los fumadores ingresados en una UCPP se observaron aspectos relacionados con la motivación para dejar de fumar. Sin embargo, en estos fumadores seguían teniendo más peso los *pros* de la conducta de fumar que los *contras* por lo que sería interesante que pudieran beneficiarse de intervenciones motivacionales que les ayudaran a tener una visión menos favorable de su adicción.

10.4.2. Factores predictores de la motivación para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco

Los estudios científicos sobre factores predictores de la motivación para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco en personas con trastornos mentales también son muy limitados. Una de estas pocas investigaciones es la que llevaron a cabo Stockings y colaboradores con 97 personas ingresadas en un centro psiquiátrico de larga estancia en Australia. La realización del análisis de los datos mediante regresión logística dio como resultado que las dos variables que se relacionaban con la motivación para dejar de fumar, en concreto predecían el avance del estadio de precontemplación al de contemplación, eran el haber realizado un intento de dejar de fumar en los últimos doce meses y el que la persona manifestara que ya no disfrutaba siendo fumadora (Stockings, et al., 2013). Otra investigación más reciente, realizada con una muestra de 956 personas en el contexto de una hospitalización psiquiátrica, señala como variables predictoras, tanto de un elevado deseo de dejar de fumar como de estar en estadios avanzados de cambio (contemplación y preparación), la percepción de un mal estado de salud, el tener una mayor dependencia a la nicotina y el tener mayor

sintomatología psiquiátrica. (Anzai, Young-Wolff y Prochaska, 2015). En nuestro estudio algunas de estas variables relacionadas con la salud y la dependencia a la nicotina se relacionaron con las variables motivacionales como se explicará más adelante pero no se han mostrado como variables predictoras. Las variables que sí lo hicieron fueron el número de años de ingreso, el número de horas de actividad semanal y la asignación económica. Respecto a los años de ingreso en el centro se observó que las personas que llevaban menos años ingresadas manifiestan en mayor proporción deseo de dejar de fumar que las que llevan más años. Una explicación a estos datos puede ser que las personas con menos años de ingreso, en ocasiones, también llevan también menos años sufriendo su psicopatología y, por tanto, el deterioro es mucho menor que en otras personas con una evolución más larga de su trastorno mental. Las personas con esquizofrenia de curso crónico suelen presentar una mayor persistencia de deterioro cognitivo y sintomatología negativa (Stroup, Kraus, y Marder, 2006), lo que se relaciona con mayores niveles de apatía y abulia, por lo que es esperable que estén menos motivados para dejar de fumar que las personas más jóvenes. A la vista de estos resultados, se podría afirmar que el mejor momento para plantear una cesación tabáquica en las personas ingresadas en la UCPP es al inicio del ingreso aunque, como en el resto de fumadores, el plantear una intervención para dejar de fumar es favorable en cualquier momento de la vida del fumador.

Otra de las variables que se mostraron como predictoras de la motivación de dejar de fumar fue el realizar alguna actividad fuera de la unidad de ingreso. En concreto, se observó que a más horas de actividad semanal más número de motivos señalados para dejar de fumar. Resultados similares se han encontrado en la investigación de Ferron y colaboradores (Ferron, et al., 2011) quienes mostraron que los fumadores con trastornos mentales que realizaban un mayor número de actividades diarias tenían mayores probabilidades de realizar intentos de dejar de fumar que los que realizaban menos actividades. Ya se comentaba previamente como la

realización de actividades ocupacionales está relacionada con una mejoría de los déficits motivacionales en personas con trastornos psicóticos y, a la vista de nuestros resultados, la realización de este tipo de actividades parece también relacionarse con la existencia de variables relacionadas con la motivación para dejar de fumar. Respecto a este aspecto, es importante señalar que las personas que acudían a actividades tenían un mejor nivel de desempeño lo que en nuestro estudio también se relacionó con la motivación para dejar de fumar como se comentará más adelante.

La última de las variables predictoras de la motivación para dejar de fumar, pero esta vez en sentido negativo, fue la asignación económica que mostró una relación significativa con la existencia de una mayor puntuación de *pros de* la conducta de fumar en el Cuestionario de Balance Decisional de Tabaquismo. Así, las personas que tenían una mayor asignación económica valoraban de forma más favorable la conducta de fumar que los que tenían menor asignación económica. Resultados comentados previamente señalaban como la asignación económica resultó ser una variable predictora de un mayor consumo de cigarrillos. Si bien el mayor consumo de cigarrillos no ha mostrado en sí mismo ninguna relación con la motivación para dejar de fumar, el tener una mayor disponibilidad de compra puede hacer que se vea el consumo como algo más favorable. Un porcentaje importante de las personas que participaban en el estudio señalaban el ahorro económico como uno de los motivos principales para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco. En este sentido, la disponibilidad de dinero pareció mostrarse como una variable mediadora en la motivación para dejar de fumar de las personas ingresadas en la UCPP a tener en cuenta, por tanto, en las intervenciones terapéuticas del centro.

10.4.3. Otros factores relacionados con la motivación para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco

Las personas más jóvenes manifestaban en mayor medida querer dejar de fumar que los más mayores. Esta relación entre la edad y el deseo de dejar de fumar podría relacionarse, con un menor deterioro producido por la enfermedad como ya explicábamos previamente en lo relacionado a los años de ingreso.

Las variables referidas a la salud física estuvieron muy relacionadas con la motivación para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco en los usuarios ingresados en la UCPP. Así, las personas del estudio que pensaban que el tabaco afectaba a su salud en alguna medida deseaban en mayor proporción tanto dejar fumar como reducir el número de cigarrillos que los que pensaban que el tabaco no les afectaba en nada a su salud. Se observó igualmente que los participantes con antecedentes de patologías orgánicas relacionadas con el consumo de tabaco, realizaban en mayor medida intentos de reducir el número de cigarrillos que los que no tenían estos antecedentes. Ya señalábamos previamente como los motivos de salud eran los principales para los fumadores del estudio y cómo estos motivos se han relacionado en investigaciones previas con una mayor probabilidad de realizar intentos de dejar de fumar tanto en fumadores sin trastornos mentales como en fumadores con otras psicopatologías (Dickerson, et al., 2011; Halpern y Warner, 1993; Hymowitz, et al., 1997). Los fumadores ingresados en centros psiquiátricos son conscientes igualmente de los beneficios que el dejar de fumar tiene para su propia salud de tal forma que, cuando se les pregunta por estos beneficios, refieren los mismos que el resto de fumadores de la población general como puede ser el que se respira mejor, desaparece la tos o mejora el estado cardiovascular entre otros (Carosella, Ossip-Klein y Owens, 1999). De hecho, la percepción del propio estado de salud es tan relevante en lo relacionado a la motivación para dejar de fumar en personas con psicopatología que se ha mostrado como una variable predictora no sólo del deseo de abandonar el consumo sino de la

progresión del estadio de precontemplación a estadios más avanzados en el proceso de dejar de fumar como el de contemplación y preparación (Anzai, Young-Wolff y Prochaska, 2015).

A parte de los años de ingreso, otras variables psicopatológicas se relacionaron con la motivación para dejar de fumar en los participantes de la muestra. En concreto, se observó que las personas con antecedentes de consumo de sustancias expresaban en mayor proporción deseos de dejar de fumar y obtenían también en mayor proporción una mayoría de contras de la conducta de fumar en el Cuestionario de Balance Decisional de Tabaquismo que las personas sin antecedentes de consumo de sustancias. Estos resultados irían en contra de otro de los mitos clásicos en relación a la falta de motivación para dejar de fumar en personas consumidoras de otras drogas, basado en la elevada prevalencia de tabaquismo y la gravedad de la dependencia a la nicotina de estos fumadores. Sin embargo, se ha demostrado que las personas con antecedentes de consumo de sustancias quieren dejar de fumar al igual que el resto de los fumadores (Dodgen, 2005), de hecho el haber dejado ya otra dependencia puede servir como experiencia de aprendizaje para la realización de un nuevo proceso de deshabitación y, por tanto, ser un aspecto favorable para el abandono de tabaco.

La otra variable psicopatológica relacionada con la motivación para dejar de fumar en los usuarios ingresados en la UCPP fue la puntuación total del EEAG, de tal forma que las personas que tenían una mayor puntuación en el EEAG referían un mayor número de motivos para dejar de fumar. La escala evalúa la gravedad clínica de los participantes así como su funcionamiento psicosocial por lo que a mayor puntuación se observa una menor afectación psicopatológica y un mejor desempeño general, lo que parece razonable que esté relacionado con mayores niveles de motivación tal y como se comentado previamente en lo referido a la sintomatología de las personas con trastornos psicóticos. Sin embargo, alguna investigación reciente ha propuesto que la gravedad de la sintomatología psiquiátricas está relacionada con una mayor motivación para dejar de fumar (Anzai, Young-Wolff y Prochaska, 2015). Es cierto

que en este estudio no había mayoría de personas con trastornos psicóticos como en nuestra investigación, sino que había diversos diagnósticos psicopatológicos y además la evaluación de la gravedad de la sintomatología no se llevó a cabo mediante el EEAG, por lo que los resultados no son del todo comparables a los de nuestra investigación. Aun así, parece necesario la realización de más estudios en este campo que nos permitan obtener resultados más concluyentes respecto a la gravedad psicopatología y la motivación para dejar de fumar en personas con trastornos mentales ingresadas en centros psiquiátricos.

El hecho de haber reducido el consumo de tabaco durante el último año se relacionó tanto con un mayor deseo de dejar de fumar como con una mayor probabilidad de encontrarse en el estadio de contemplación. Como ya comentábamos previamente, este es un dato muy a tener en cuenta debido a las implicaciones que puede tener de cara al desarrollo de futuras intervenciones para dejar de fumar en el centro, en el sentido de ofrecer los tratamientos adecuados para que los fumadores que han reducido su consumo consigan dejar de fumar totalmente así como para poner en marcha las estrategias motivacionales necesarias que animen a los que todavía no quieren dejar de fumar a realizar algún intento de reducción del consumo de cigarrillos.

Por último, señalar que algunas variables de dependencia a la nicotina también se han relacionado con la motivación para reducir el consumo en los usuarios de la UCPP. Así, los resultados mostraron que las personas que deseaban reducir el consumo de cigarrillos fumaban más durante las primeras horas del día y tenían mayores puntuaciones totales en el FNTD que el resto de los fumadores. Estos resultados también se observan en otras investigaciones en las que la gravedad de la dependencia a la nicotina se muestra como una variable predictora de la motivación de dejar de fumar (Anzai, Young-Wolff y Prochaska, 2015). En nuestro estudio, sin embargo, la elevada dependencia a la nicotina únicamente se ha relacionado con la motivación para reducir el número de cigarrillos fumados al día pero no para la cesación total del consumo

de tabaco. Debido a lo poco concluyentes que son estos datos es necesario realizar más estudios, probablemente utilizando algún otro instrumento de medida de la dependencia a la nicotina, que permitan determinar el papel que ejerce la gravedad de la dependencia en la motivación para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco en fumadores ingresados en una UCPP.

Según los resultados obtenidos, podemos afirmar que la cuarta hipótesis en la que se proponía que la mayor motivación para dejar de fumar en las personas ingresadas en la UCPP está relacionada con una la realización de más actividades así como con una menor gravedad de la psicopatología en lo referido a menos años de ingreso, menor comorbilidad entre distintos diagnósticos, mayor puntuación en el EEAG y ausencia de antecedentes de consumo de sustancias así como de intentos autolíticos, sólo se cumple parcialmente ya que, aunque la motivación para dejar de fumar de las personas ingresadas en la UCPP sí que demostró estar relacionada la realización de actividades así como con una menor gravedad de la psicopatología en lo referido con menos años de ingreso en el centro y una mayor puntuación en el EEAG, sin embargo, no encontraron esta relación en lo referido a la comorbilidad entre distintos diagnósticos ni al hecho de haber realizado intentos autolíticos. Estos resultados nos llevan a cuestionarnos los aspectos relacionados con la psicopatología que influyen más en la motivación para dejar de fumar en los participantes de nuestro estudio, pareciendo que los factores que más peso cobran son los relacionados con el déficit en el desempeño, la cronicidad del trastorno así como la institucionalización marcada por los años de ingreso en el centro.

Conclusiones

11. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de consumo de tabaco entre las personas ingresadas en la UCPP del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos es mucho más elevada que la observada en la población general, así como de la de otros fumadores con psicopatología que no se encuentran ingresados en una UCPP.
2. El consumo de cigarrillos al día entre las personas ingresadas en la UCPP es inferior a lo observado en otros estudios realizados con poblaciones similares.
3. Las personas ingresadas en la UCPP tienen una edad de inicio en el consumo de tabaco inferior a la población general.
4. La dependencia a la nicotina de los participantes de la muestra valorada a través del FNTD fue moderada, cuestionándose la utilización de este instrumento en el contexto en el que se ha llevado a cabo el estudio.
5. Se observa un elevado porcentaje de personas con antecedentes patologías orgánicas relacionadas con el consumo de tabaco.
6. Las personas ingresadas en la UCPP son conscientes de que el tabaco afecta en alguna medida a su salud.
7. Las personas ingresadas en la UCPP realizan pocos intentos de dejar de fumar y verbalizan que se les recomienda de forma poco frecuente que dejen de fumar o reduzcan el consumo.
8. El número de cigarrillos día varía en función del tipo de diagnóstico principal encontrándose un mayor consumo de tabaco entre las personas diagnosticadas de esquizofrenia paranoide y trastorno esquizoafectivo.

9. El fumar más cigarrillos al día, tener más nivel de CO en aire expirado y obtener mayores puntuaciones totales en el FNTD se relaciona con tener mayor asignación económica diaria.
10. El fumar más cigarrillos al día se relaciona con una edad temprana de inicio de consumo.
11. Las personas ingresadas en la UCPP expresan deseos de dejar de fumar y/o reducir el número de cigarrillos y refieren motivos para abandonar el consumo de tabaco similares a los encontrados en el resto de fumadores de la población general.
12. La proporción entre las personas que se encuentran en el estadio de cambio de precontemplación y en el de contemplación son similares.
13. El tener más motivación para dejar de fumar se relaciona con llevar menos años ingresado en el centro, ser más joven, tener mayores puntuaciones en el EEAG, creer que el tabaco afecta seriamente a la propia salud y realizar más horas de actividad.
14. El haber reducido el consumo diario de cigarrillos durante el último año se relaciona con un mayor deseo de dejar de fumar.
15. El tener una mayor asignación económica diaria se relaciona con una percepción más favorable del consumo de tabaco.
16. La reducción del número de cigarrillos entre las personas ingresadas en la UCPP está relacionada con mayores puntuaciones totales en el FNTD, un mayor consumo de tabaco durante las primeras horas del día y la existencia de antecedentes de patologías orgánicas relacionadas con el consumo de tabaco.
17. Las personas ingresadas en la UCPP deberían beneficiarse de forma más frecuente de intervenciones para el abordaje de su consumo de tabaco que incluyeran, tanto tratamientos eficaces para dejar de fumar, como estrategias motivacionales para ayudar a los que todavía no desean hacerlo a avanzar en su proceso de cambio.

Bibliografía

12. BIBLIOGRAFÍA

- Acton, G., Prochaska, J. J., Kaplan, A., Small, T. y Hall, S. M. (2001). Depression and stages of change for smoking in psychiatric outpatients. *Addictive Behaviors*, 26(5), 621-31. doi:10.1016/S0306-4603(01)00178-2.
- Aguilar, M. C., Gurpegui, M., Díaz, F. y de Leon, J. (2005). Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia. Naturalistic study of complex interactions. *The British Journal of Psychiatry*, 215-221. doi:10.1192/bjp.186.3.215.
- American Psychiatric Association . (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition text revised)*. Washington D. C.: American Psychiatric Association .
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Anatchkova, M. D., Velicer, W. F. y Prochaska, J. O. (2005). Replication of subtypes for smoking cessation within the precontemplation stage of change. *Addictive Behaviors*, 31(7), 1101-1115. doi:10.1016/j.addbeh.2005.08.002.
- Anzai, N. E., Young-Wolf, K. y Prochaska, J. (2015). Symptom severity and readiness to quit among hospitalized smokers with mental illness. *Psychiatric Services*, 66(4), 443-444. doi:http://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201400181.
- Ashton, M., Rigby A. Galletly, C. (2013). What do 1000 smokers with mental illness say about their tobacco use? . *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(7), 631-636. doi:10.1177/0004867413482008.
- Asociación Mundial de Psiquiatría. (2007). *Programa: “La esquizofrenia abre las puertas”*. Barcelona: Aula Médica.
- Atkinson, J. W. (1957). Motivational determinants of risk-taking behavior. *Psychological Review*, 64(6, Pt. 1), 359-372. doi:10.1037/h0043445
- Audrain-McGovern, J., Rodriguez, D., Patel, V., Faith, M. S., Rodgers, K. y Cuevas, J. (2006). How do psychological factors influence adolescent smoking progression? The evidence for indirect effects through tobacco advertising receptivity. *Pediatrics*, 117(4), 1216-1225. doi:10.1542/peds.2005-0808.
- Australian Bureau of Statistics. (2008). *National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results, 2007*. Canberra: ABS Cat 4326.0.
- Ayuso, J. L., Gutiérrez, P., Haro, H. M. y Chisholm, D. (2006). Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. *Schizophrenia Research*, 86(1-3), 194-201. doi:10.1016/j.schres.2006.06.003.

- Baker, A., Richmond, R., Haile, M., Lewin, T., Carr, V., Taylor, R., . . . Moeller-Saxone, K. (2007). Characteristics of smokers with a psychotic disorder and implications for smoking interventions. *Psychiatry Research*, 150(2), 141-152. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.021>.
- Ballbè i Gibernau, M. y Gual Solé., A. (2012). *Guia d'intervenció clínica en el consum de tabac en pacients amb trastorn mental*. Barcelona: Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum, Institut Català d'Oncologia, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Balmford, J. y Borland, R. (2008). What does it mean to want to quit? *Drug & Alcohol Review*, 27(1), 21-7. doi:10.1080/09595230701710829.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Banegas, J. R., Díez-Gañán, L., Bañuelos-Marco, B., González-Enríquez, J., Villar-Álvarez, F., Martín-Moreno, J. M., . . . Jiménez-Ruiz, C. (2011). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 136(3), 97-102. doi:10.1016/j.medcli.2010.03.039.
- Batra, V., Patkar, A. A., Berrettini, W. H., Weinstein, S. P. y Leone, F. T. (2003). The Genetic Determinants of Smoking. *Chest*, 123(5), 1730-1739. doi:10.1378/chest.123.5.1730.
- Becoña, E. (1994). Evaluación de la conducta de fumar. En J. Graña (Ed.), *Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (págs. 403-454). Madrid: Debate.
- Becoña, E. (2003). Adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar. En J. Bobes García, M. Casas Brugué y M. Gutiérrez Fraile, *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias* (págs. 382-393). Barcelona: Ars Médica.
- Becoña, E. (2004). *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Valencia: Socidrogalcohol. Obtenido de <http://www.psiquiatria.com.es/socidrogalcohol/dejardefumar.pdf>.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. y Mínguez, C. (2008). Group behavior therapy for smoking cessation. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 3(1-2), 63-78. doi:10.1080/15560350802157528.
- Becoña, E. y Mínguez, C. (2010). El proceso de dejar de fumar. En E. Becoña (Ed.), *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos* (pp. 59-80). Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Editorial Síntesis.

- Bejerholm, U. y. (2007). Occupational engagement in persons with schizophrenia: relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 21-32. doi:10.5014/ajot.61.1.21.
- Berjano, E. y Musitu, G. (1987). *Las drogas : análisis teórico y métodos de intervención*. Valencia: Nau llibres.
- Borland, R., Yong, H., Balmford, J., Cooper, J., Cummings, K., O'Connor, R., . . . Fong, G. (2010). Motivational factors predict quit attempts but not maintenance of smoking cessation: findings from the International Tobacco Control Four country project. *Nicotine and Tobacco Research*, 12(Supl. 1), S4-S11. doi:10.1093/ntr/ntq050.
- Breslau, N., Kilbey, M. y Andreski, P. (1993). Vulnerability to psychopathology in nicotine-dependent smokers: an epidemiologic study of young adults. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 941-946. doi:http://dx.doi.org/10.1176/ajp.150.6.941.
- Breslau, N., Novak, S. y Kessler, R. (2004). Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biological Psychiatry*, 55(1), 69-76. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00317-2.
- Brewer, A. ., Mahoney, J. J., Nerumalla, C., Newton, T. F. y De la Garza, R. (2013). The influence of smoking cigarettes on the high and desire for cocaine among active cocaine users. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 106, 132-6. doi:10.1016/j.pbb.2013.03.008.
- Briones, D., Wilcox, J., Mateus, B. y Boudjenah, D. (2006). Risk factors and prevention in adolescent substance abuse: A biopsychosocial approach. *Adolescent Medicine Clinics*, 17(2), 335-352. doi:10.1016/j.admecli.2006.03.005.
- Brook, J. S., Saar, N., Zhang, C. y Brook, D. W. (2009). Psychosocial antecedents and adverse health consequences related to substance use. *American Journal of Public Health*, 99(3), 563-568. doi:10.2105/AJPH.2007.127225.
- Brown, C. (2004). *Tobacco and mental health: a review of the literature*. Edimburgo: ASH Scotland. Obtenido de: <http://ash.org/mentalhealthscotland>.
- Burton, S. y Tiffany, S. (1997). The effect of alcohol consumption on craving to smoke. *Addiction*, 92(1), 15-26.
- Cahill, K., Lancaster, T. y Green, N. (2010). Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(11), CD004492. doi:10.1002/14651858.CD004492.pub4.
- Cárdenas, L., Tremblay, L., Naranjo, C., Herrmann, N., Zack, M. y Busto, U. (2002). Brain reward system zctivity in major depression and comorbid nicotine dependence. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 302(3), 1265-1271. doi:doi:10.1124/jpet.302.3.1265.

- Carosella, A. M., Ossip-Klein, D. J. y Owens, C. (1999). Smoking attitudes, beliefs, and readiness to change among acute and long term care inpatients with psychiatric diagnoses. *Addictive Behaviors*, 24(3), 331-344. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00096-3
- Carter, B. y Tiffany, S. (1999). Cue-reactivity and the future of addiction research. *Addiction*, 94(3), 349-51.
- Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(Supl. 1), 195-219.
- Comas, D. (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Instituto de la Juventud, Ministerio de Cultura, Madrid.
- Cooper, J., Mancuso, S., Borland, R., Slade, T., Galletly, C. y Castle, D. (2012). Tobacco smoking among people living with a psychosis illness: the second Australian Survey of Psychosis. 46(9), 851-63. doi:10.1177/0004867412449876.
- Costa, M., Moreno, J. J., Sánchez-Vegazo, E. y Ayllón, J. L. (2008). *¡Dispuestos a dejar de fumar! Cómo hacerlo fácil. Una guía para el consejo clínico*. Madrid: Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
- Costello, E. J., Erkanli, A., Federman, E. y Angold, A. (1999). Development of psychiatric comorbidity with substance abuse in adolescents: effects of timing and sex. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(3), 298-311. doi:10.1207/S15374424jccp280302.
- Crittenden, K., Manfredi, C., Lacey, L., Warnecke, R. y Parsons, J. (1994). Measuring readiness and motivation to quit smoking among women in public health clinics. *Addictive Behaviors*, 19(5), 497-507. doi:10.1016/0306-4603(94)90005-1.
- Cuijpers, P., Smit, F., Margreet, T. y Graaf, R. (2007). Smoking is associated with first-ever incidence of mental disorders: a prospective population-based study. *Addiction*, 102(8), 1303–1309. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01885.x.
- Dalack, G. y Meador-Woodruff, J. F. (1999). Acute feasibility and safety of a smoking reduction strategy for smokers with schizophrenia. *Nicotine & Tobacco Research*, 1(1), 53-57. doi:10.1080/14622299050011151.
- Deveci, S., Deveci, F., Açıık, Y. y Ozan, A. (2004). The measurement of exhaled carbon monoxide in healthy smokers and non-smokers. *Respiratory Medicine*, 98(6), 551-556. doi:doi:10.1016/j.rmed.2003.11.018.
- Dickerson, F., Benett, M., Dixon, L., Burke, E., Vaughan, C., Delahanty, J. y Diclemente, C. (2011). Smoking cessation in persons with serious mental illnesses: the experience of successful quitters. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(4), 311-6. doi:10.2975/34.4.2011.311.316.

- DiClemente, C. C., Delahanty, J. C., Kofeldt, M., Dixon, L., Goldberg, R. y Lucksted, A. (2011). Stage of movement following a 5A's intervention in tobacco dependent individuals with serious mental illness (SMI). *Addictive Behaviors*, 36(3), 261-264. doi:10.1016/j.addbeh.2010.11.002.
- DiClemente, C., Prochaska, J., Fairhurst, S., Velicer, W., Velasquez, M. y Rossi, J. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295-304. doi:10.1037/0022-006X.59.2.295.
- Dodgen, C. E. (2005). *Nicotine Dependence. Understanding and applying the most effective treatment interventions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Doll, R. y Bradford, H. (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits. *British Medical Journal*, 26, 1451-1455. doi:10.1136/bmj.328.7455.1529.
- D'Souza, M. y Markou, A. (2012). Schizophrenia and tobacco smoking comorbidity: nAChR agonists in the treatment of schizophrenia-associated cognitive deficits. *Neuropharmacology*, 62(3), 1564-73. doi:10.1016/j.neuropharm.2011.01.044.
- Eklund, M., Hansson, L. y Bejerholm, U. (2001). Relations between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(2), 79-83. doi:10.1007/s001270050293.
- Etter, M., Mohr, S., Garin, C. y Etter, J.-F. (2004). Stages of change in smokers with schizophrenia or schizoaffective disorder and in the general population. *Schizophrenia Bulletin*. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 459-468. doi:http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007092.
- Fawzi, M. H., Fawzi, M. M., Khedr, H. H. y Fawzi, M. M. (2007). Tobacco smoking in Egyptian schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive symptoms. 95(1-3), 236-246. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2007.06.005.
- Fergusson, D. M., Goodwin, R. D. y Horwood, L. (2003). Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 33(8), 1357-1367. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291703008596.
- Fernández, E. y Becoña, E. (2009). Trastornos de personalidad en fumadores: una revisión. *Adicciones*, 22(2), 155-172. Obtenido de: <http://www.adicciones.es/files/155-172%20fdez%20del%20rio.pdf>.
- Fernández-Abascal, E. (2000). *Psicología General. Motivación y emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fernández-Abascal, E. (2009). *Emoción y motivación. La adaptación humana*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

- Ferron, J. C., Brunette, M. F., He, X., Xie, H., McHugo, G. y Drake, R. E. (2011). Course of smoking and quit attempts among clients with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62(4), 353-9. doi:10.1176/appi.ps.62.4.353.
- Fervaha, G., Foussias, G., A. O. y Remington, G. (2014). Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(4), 290-299. doi:10.1111/acps.12289.
- Fidler, J. A. y West, R. (2011). Enjoyment of smoking and urges to smoke as predictors of attempts and success of attempts to stop smoking: a longitudinal study. *Drug Alcohol Dependence*, 115(1-2), 30-4. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.10.009.
- Fiore, M., Jaén, C., Baker, T., Bailey, W., Benowitz, N. y Curry, S. (2008). *Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service*. US Department of Health and Human Services.
- Freedman, R., Olincy, A., Buchanan, R., Harris, J., Gold, J., Johnson, L., . . . Kem, W. (2008). Initial phase 2 trial of a nicotinic agonist in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 1040-7. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07071135.
- Fu, M., Martínez-Sánchez, J. M., López, M. J., Nebot, M., Raich, A. y Fernández, E. (2011). Dependencia a la nicotina y preparación para dejar de fumar en la población española. *Adicciones*, 23(2), 103-109.
- García-Portilla, M., García-Alvárez, L., Sáiz, P., Díaz-Mesa, E., Galvan, G., Sarramea, F., . . . Bobes, J. (2013). Effectiveness of a multi-component Smoking Cessation Support Programme (McSCSP) for patients with severe mental disorders: study design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(1), 373-89. doi:10.3390/ijerph110100373.
- Glassman, A. H., Helzer, J. E., Covey, L. S., Cottler, L. B., Stetner, F., Tipp, J. E. y Johnson, J. (1990). Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA*, 264(12), 1546-1549. doi:doi:10.1001/jama.1990.03450120058029.
- Gómez Bueno, J. C. (1963). *Historia de la Orden Hospitalaria de S. Juan de Dios*. Granada: Archivo interprovincial. Casa de tránsito de San Juan de Dios.
- Gopiram, P. y Kishore, M. (2014). Psychosocial attributes of substance abuse among adolescents and young adults: a comparative study of users and non-users. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(1), 58-61. doi:10.4103/0253-7176.127252.
- Granda, J. y Solano, S. (2008). La enfermedad tabáquica y sus novedades conceptuales. Neurobiología de la adicción a la nicotina. En L. Sánchez Agudo, *Actualizaciones del tratamiento del tabaquismo. Guía US of Health Services en nuestro entorno* (págs. 17-32). Zaragoza: Neumología y Salud. Obtenido de: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/M3/M3.pdf>.

- Grant, B., Hasin, D., Chou, S., Stinson, F. y Dawson, D. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1107-1115. doi:doi:10.1001/archpsyc.61.11.1107.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. (2012). *Guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar*. Madrid: Plan de calidad para el sistema nacional de salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría, UAH/AEN Núm. 2012. Obtenido de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_510_Trastorno_Bipolar_compl.pdf
- Gurillo, P., Jauhar, S., Murray, R. y MacCabe, J. (2015). Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 2(8), 718–725,. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00152-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00152-2).
- Gurrea Escajedo, A. y Pinet Ogué, M. (2004). Tabaco y patología afectiva. *Adicciones*, 16(Supl. 2), 155-176. Obtenido de <http://www.adicciones.es/files/4.2%29.pdf>.
- Hagman, B., Delnevo, C., Hrywna, M. y Williams, J. (2008). Tobacco use among those with serious psychological distress: results from the national survey of drug use and health, 2002. 33(4), 582-92. doi:10.1016/j.addbeh.2007.11.007.
- Hall, S., Tsoh, J., Prochaska, J., Eisendrath, S., Rossi, J. S., Redding, C., . . . Gorecki, J. (2006). Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. *American Journal of Public Health*, 96(10), 1808-1814. doi:10.2105/AJPH.2005.080382.
- Halpern, M. T. y Warner, K. E. (1993). Motivations for smoking cessation: A comparison of successful quitters and failures. *Journal of Substance Abuse*, 5(3), 247-256. doi:10.1016/0899-3289(93)90066-K.
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., . . . Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451. doi:10.1157/13086324.
- Hasin, D. y Kilcoyne, B. (2012). Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(3), 165-71. doi:10.1097/YCO.0b013e3283523dcc.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L., Frecker, R. C. y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86(9), 1119-1127. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x.
- Heffner, J. L., Strawn, J. R., DelBello, M. P., Strakowski, S. M. y Anthenelli, R. M. (2011). The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and

- treatment considerations. *Bipolar Disorders*, 13(5-6), 439–453. doi:10.1111/j.1399-5618.2011.00943.x.
- Heffner, J., DelBello, M., Fleck, D., Anthenelli, R. y Strakowski, S. (2008). Cigarette smoking in the early course of bipolar disorder: association with ages-at-onset of alcohol and marijuana use. *10*(7), 838-45. doi:10.1111/j.1399-5618.2008.00630.x.
- Hernández, T., Roldán, J., Jiménez, A., Mora, C., Sánchez-Garnica, D. y Pérez, M. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 199-212.
- Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D., . . . Correll, C. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 10(2), 138–151. doi:doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00036.x.
- Herzog, T. y Blagg, C. (2007). Are most precontemplators contemplating smoking cessation? Assessing the validity of the stages of change. *Health Psychology*, 26(2), 222-231. doi:10.1037/0278-6133.26.2.222.
- Hitsman, B., Borrelli, B., McChargue, D. E., Spring, B. y Niaura, R. (2003). History of depression and smoking cessation outcome: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 657-663. doi:10.1037/0022-006X.71.4.657.
- Hoffman, J. H., Welte, J. y Barnes, G. M. (2001). Co-occurrence of alcohol and cigarette use among adolescents. *Addictive Behaviors*, 26(1), 63-78. doi:10.1016/S0306-4603(00)00089-7.
- Hymowitz, N., Cummings, K. M., Hyland, A., Lynn, W., Pechacek, T. F. y Hartwell, T. (1997). Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco Control*, 6(Supl. 2), S57–S62. Obtenido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1766209/pdf/v006p00S57.pdf>.
- Iasevoli, F., Balletta, R., Gilardi, V., Giordano, S. y Bartolomeis, A. d. (2013). Tobacco smoking in treatment-resistant schizophrenia patients is associated with impaired cognitive functioning, more severe negative symptoms, and poorer social adjustment. *9*, 1113—1120. doi:10.2147/NDT.S47571.
- IBM. (2011). *Manual del usuario del sistema básico de IBM SPSS Statistics 20*. IBM Corporation 1989, 2011. Obtenido de: ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/20.0/es/client/Manuals/IBM_SPSS_Statistics_Core_System_Users_Guide.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011/12*. Obtenido de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>.

- Janis I. L y Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: The Free Press.
- Jha, P., Ramasundarahettige, C., Landsman, V., Rostron, B., Thun, M., Anderson, R., . . . Peto, R. (2013). 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *New England Journal of Medicine*, 368(4), 341-50. doi:10.1056/NEJMsa1211128.
- Jiménez, L., Bascarán, M., García-Portilla, M., Saíz, P., Bousoño, M. y Bobes, J. (2004). La nicotina como droga. *Adicciones*, 16(Supl. 2), 143-153. Obtenido de: <http://www.adicciones.es/files/4.1%29.pdf>.
- John, U., Meyer, C., Rumpf, H.-J. y Hapke, U. (2004). Smoking nicotine dependence and psychiatric comorbidity: a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(3), 287-295. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.06.004>.
- Johnson, J. ., Cohen, P., Pine, D. S., Klein, D. F., Kasen, S. y Brook, J. S. (2000). Association Between Cigarette Smoking and Anxiety Disorders During Adolescence and Early Adulthood. *JAMA*, 284(18), 2348-2351. doi:10.1001/jama.284.18.2348.
- Jones, D., Macias, C., Barreira, P., Fisher, W., Hargreaves, W. y Harding, C. (2004). Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. 55(11), 1250-7. doi:10.1176/appi.ps.55.11.1250.
- Joseph, A., Hecht, S., Murphy, S., Carmella, S., Le, C., Zhang, Y., . . . Hatsumaki, D. (2005). Relationships between cigarette consumption and biomarkers of tobacco toxin exposure. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevention*, 14(12), 2963-2968. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-04-0768.
- Joukamaa, M., Heliövara, M., Knekt, P., Aromaa, A., Raitasalo, R. y Lehtinen, V. (2001). Mental disorders and cause-specific mortality. *The British Journal of Psychiatry*, 179(6), 498-502. doi:10.1192/bjp.179.6.498.
- Keizer, I., Gex-Fabry, M., Eytan, A. y Bertschy, G. (2009). Smoking in psychiatric inpatients: association with working status, diagnosis, comorbid substance abuse and history of suicide attempts. *Addictive behaviors*, 34(10), 815-20. doi:10.1016/j.addbeh.2009.03.018.
- Kelly, D., McMahon, R., Wehring, H., Liu, F., Mackowick, K., Boggs, D., . . . Dixon, L. (2011). Cigarette smoking and mortality risk in people with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 832-8. doi:doi: 10.1093/schbul/sbp152.
- Kendler, K., Neale, M., MacLean, C., Heath, A., Eaves, L. y Kessler, R. (1993). Smoking and Major Depression. *Archives of General Psychiatry*, 50(1), 36-43. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820130038007.

- Kessler, R. (1994). The National Comorbidity Survey of the United States. *International Review of Psychiatry*, 4(6), 365-376. doi:doi: 10.3109/09540269409023274.
- Kessler, R. y Merikangas, K. (2004). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 60–68. doi:10.1002/mpr.166.
- Kramer, J. y Cameron, D. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Obtenido de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40467/1/9243540483_es.pdf.
- Kreinin, A., Novitski, D., Rabinowitz, D., Weizman, A. y Grinshpoon, A. (2011). Association between tobacco smoking and bipolar affective disorder: clinical, epidemiological, cross-sectional, retrospective study in outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53(3), 269-274. doi:10.1016/j.comppsy.2011.04.063.
- Lanza, S. y Vasilenko, S. (2015). New methods shed light on age of onset as a risk factor for nicotine dependence. *Addictive behaviors*, 50, 161-4. doi:10.1016/j.addbeh.2015.06.024.
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D. y Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness. A population-based prevalence study. *JAMA*, 284(20), 2606-2610. doi:10.1001/jama.284.20.2606.
- Lawn, S. (2001). Australians with mental illness who smoke. *The British Journal of Psychiatry*, 178(1), 85. doi:doi:10.1192/bjp.178.1.85.
- Lawrence, D., Mitrou, F. y Zubrick, S. R. (2009). Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health*, 9, 285. doi:10.1186/1471-2458-9-285.
- Lawrence, D., Mitrou, F., Sawyer, M. G. y Zubrick, S. (2010). Smoking status, mental disorders and emotional and behavioural problems in young people: child and adolescent component of the National Survey of Mental health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(9), 805-814. doi:10.3109/00048674.2010.482921.
- Lě, D., Corrigall, W. A., Watchus, J., Harding, S., Juzytsch, W. y Li, T.-K. (2000). Involvement of Nicotinic Receptors in Alcohol Self-Administration. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24(2), 135–252. doi:10.1111/j.1530-0277.2000.tb04585.x.
- Ley 28/2005. (2005). de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco. *Boletín Oficial del Estado*, 309, 42241-42250.
- Ley 42/2010. (2010). de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el

- suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco. *Boletín Oficial del Estado*, 318, 109188-109194.
- Lineberry, T. W., Allen, J. D., Nash, J. y Galaray, C. W. (2009). Population-based prevalence of smoking in psychiatric inpatients: a focus on acute suicide risk and major diagnostic groups. *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 526-532. doi:10.1016/j.comppsy.2009.01.004.
- Littell, J. H. y Girvin, H. (2002). Stages of change. A critique. *Behavior Modification*, 26, 223-273. doi:10.1177/0145445502026002006.
- Llerena, A., de la Rubia, A., Peñas-Lledó, E., Díaz, F. y de León, J. (2003). Schizophrenia and tobacco smoking in a Spanish psychiatric hospital. *Schizophrenia Research*, 60(2-3), 313-31. doi:10.1016/S0920-9964(02)00508-X.
- Lores, L., Monje, A., Arellano, E., Bergada, M., Rodríguez, J. y Miravittles, M. (2010). Estudio de la prevalencia del tabaquismo en un hospital psiquiátrico. En H. Vera (Ed.), *43 Congreso SEPAR. Conferencia llevada a cabo en el 43º Congreso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)*. Coruña, España.
- Mackowick, K., Heishman, S., Wehring, H., Liu, F., McMahon, R. y Kelly, D. (2012). Illicit drug use in heavy smokers with and without schizophrenia. *139*(1-3), 194-200. doi:doi:10.1016/j.schres.2012.04.012.
- Mann-Wrobel, M. C., Bennett, M. E., Weiner, E. E., Buchanan, R. W. y Ball, M. P. (2011). Smoking history and motivation to quit in smokers with schizophrenia in a smoking cessation program. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), 277-283. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.10.030.
- Marín, R. (1990). Differential diagnosis and classification of apathy. *American Journal of Psychiatry*, 147, 22-30. doi:http://dx.doi.org/10.1176/ajp.147.1.22.
- Martín, M. y Lorenzo, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo, J. Ladero, J. Leza y I. Lizasoain (Ed.), *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación* (pp. 1-27). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Martínez Ortega, J., Gurpegui, M., Díaz, F. y León, J. (2004). Tabaco y esquizofrenia. *Adicciones*, 16(Supl. 2), 177-190. Obtenido de: <http://www.adicciones.es/files/4.3%29.pdf>
- Mateo, T. R., J. F., Mora, C., E. D. y E. D. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 199-212.
- McConaughy, A., O., P. J. y Velicer, W. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy Research and Practice*, 20(3), 368-375. doi:dx.doi.org/10.1037/h0090198.

- McEwen, A. y West, R. (2010). The PRIME approach to giving up smoking. *Practice Nursing*, 145-153.
- McFall, M., Saxon, A., Malte, C., Chow, B., Bailey, S., Baker, D., . . . Lavori, P. (2010). Integrating tobacco cessation into mental health care for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2485-2493. doi:10.1001/jama.2010.1769.
- McNeill, A., Foulds, J. y Bates, C. (2001). Regulation of nicotine replacement therapies (NRT): a critique of current practic. *Addiction*, 96(12), 1757-68. doi:10.1080/09652140120089508.
- Mendelson, C. y Montebello, M. (2013). Smokers with mental illness: breaking down the myths. *Medicine Today*, 14(8), 53-56. Obtenido de: http://medicinetoday.com.au/user/login?destination=system/files/pdf/medicine_today/article/MT2013-08-053-MENDELSON.pdf
- Mesa, P. y Rodríguez, J. (2007). *Manual de psicopatología general*. Madrid: Pirámide.
- Milani, H., Kharaghani, R., Safa, M., Samadi, R., Farhadi, M., Ardakani, M., . . . Masjedi, M. (2012). Pattern of smoking and nicotine dependence in patients with psychiatric disorders. *Tanaffos*, 11(1), 55-60.
- Miller, W. R. (1999). *Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias. Serie de protocolo para mejorar el tratamiento (TIP 35)*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU, Rockville. Obtenido de <http://www.attcnetwork.org/regcenters/productDocs/1/productpdf/Manuales/TIP35/TIP35.pdf>.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change (2nd ed.)*. New York: Guildford Press.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2011-2012*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Obtenido de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2015). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2012-2014*. Obtenido de: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf>
- Moeller-Saxone, K. (1008). Cigarette smoking and interest in quitting among consumers at a psychiatric disability rehabilitation and support service in Victoria. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(5), 479-81. doi:10.1111/j.1753-6405.2008.00283.x.
- Moreno Díaz, M. J. y Medina León, A. (2006). Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de personalidad. *PSIQUIATRIA.COM*, 10(1).

doi:<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/274/259/>

- Moreno, J. J. (2006). El programa para dejar de fumar del Ayuntamiento de Madrid. *Psicooncología*, 3(2-3), 291-304. Obtenido de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0606220291A/15826>.
- Moreno, J. y Herrero, F. (2000). Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar. *Adicciones*, 12(3), 329-341. Obtenido de: <http://www.adicciones.es/files/329-341%20Original%202.pdf>.
- Moylan, S., Jacka, F. N., Pasco, A. J. y Berk, M. (2012). Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Medicine*, 10, 123. doi:10.1186/1741-7015-10-123.
- Muñoz, J. J., Manzano, J. M. (2010). El desempeño psicosocial como criterio facilitador de la rehabilitación psicosocial en una unidad de cuidados psiquiátricos prolongados. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 10, 73-89. Obtenido de: <http://www.masterforense.com/pdf/2010/2010art5.pdf>.
- Muñoz, J. J., Manzano, J. M., Hera, I. I., Rivera, Á., Chamorro, L. y Plaza, P. (2011). Rehabilitación psiquiátrica en un hospital de cuidados psiquiátricos prolongados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(4), 615-629. doi:10.4321/S0211-57352011000400002.
- National Institute of Drug Abuse. (2010). Comorbidity: Addiction and other mental illnesses. *NIH Publication, Number 10-577*. Obtenido de: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rcomorbidity.pdf>.
- Okoli, C. T. y Khara, M. (2014). Smoking cessation outcomes and predictors among individuals with co-occurring substance use and/or psychiatric disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 10(1), 9-18. doi:10.1080/15504263.2013.866860.
- Olincy, A., Young, D. y Robert, F. (1997). Increased levels of the nicotine metabolite cotinine in schizophrenic smokers compared to other smokers. *Biological Psychiatry*, 42(1), 1-5. doi:doi: 10.1016/S0006-3223(96)00302-2.
- Oliveira, R., Siqueira, A., Ferreira Santos, J. y Ferreira Furegato, A. (2014). Dependencia nicotínica en los trastornos mentales, relación con indicadores clínicos y el sentido para el usuario. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 685-692. doi:10.1590/0104-1169.3549.2468.
- Olivier, D., Lubman, D. I. y Fraser, R. (2007). Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: biopsychosocial perspective. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 572-580. doi: 10.1080/00048670701392809.

- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Ginebra: OMS.
- Ösby, U., Correia, N., Brandt, L., Ekblom, A. y Sparén, P. (2000). Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm County, Sweden. *Schizophrenia Research*, 45(1-2), 21-28. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00191-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00191-7).
- Ostacher, M., Nierenberg, A., Perlis, R., Eidelman, P., Borrelli, D., Tran, T., . . . Sachs, G. (2006). The relationship between smoking and suicidal behavior, comorbidity, and course of illness in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(12), 1907-1911. doi:10.4088/JCP.v67n1210.
- Palma, X., Farrios, N., Cebrià, J. y Segura, J. (2007). Las intervenciones motivacionales en el tratamiento psicoterapéutico de la fase inicial de la esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 127-135. Obtenido de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1477>
- Parks, J., Svendsen, D., Singer, P. y Foti, M. (2006). *Morbidity and mortality in persons with serious mental illness*. Virginia: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council. Obtenido de: <http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf>.
- Patkar, A., Gopalakrishnan, R., Lundy, A., Leone, F., Certa, K. y Weinstein, S. (2002). Relationship between tobacco smoking and positive and negative symptoms in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(9), 604-10.
- Pontieri, F., Tanda, G., Orzi, F. y Di Chiara, G. (1996). Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs. *Nature*, 382(6588), 255-7. doi:10.1038/382255a0.
- Prochaska, J. J. (2011). Smoking and mental illness--breaking the link. *New England Journal of Medicine*, 365(3), 196-8. doi:10.1056/NEJMp1105248.
- Prochaska, J. J., Fletcher, L., Hall, S. E. y Hall, S. M. (2006). Return to smoking following a smoke-free psychiatric hospitalization. *The American Journal on Addictions*, 15(1), 15-22. doi:10.1080/10550490500419011.
- Prochaska, J. J., Hall, S. y Bero, L. (2008). Tobacco use among individuals with schizophrenia: what role has the tobacco industry played? *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 555-67. doi:10.1093/schbul/sbm117.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. doi:10.1037/h0088437.

- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking - toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-5. doi:10.1037/0022-006X.51.3.390.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Edits.), *Progress in behavior modification* (págs. 234-259). Newbury Park, California: Sage.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1993). Modelos transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Edits.), *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas* (págs. 85-136). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Prochaska, J. O., N. J. y DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good. The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York: William Morrow and Company.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Prochaska, J. M. y Johnson, J. L. (2004). Size consistency and stability of stage effects for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 29(1), 207-13. doi:10.1016/S0306-(03)00086-8.
- Ratschen, E., Britton, J., Doody, G. y McNeill, A. (2010). Smoking attitudes, behaviour and nicotine dependence among mental health acute inpatients: an exploratory study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 56(2), 107-18. doi:10.1177/0020764008101855.
- Ritt-Olson, A., Ungera, J., Valentea, T., Nezamia, E., Choua, C.-P., Trinidad, D., . . . Johnson, A. (2005). Exploring peers as a mediator of the association between depression and smoking in young adolescents. 40(1), 77-98. doi:10.1081/JA-200030505.
- Rodríguez, M., Ayesta, F., Azabal, M. y Rodríguez, F. (2010). *Ayudando a dejar de fumar-Guía para profesionales de Odontología*. Madrid: Consejo de Colegios Oficiales Dentistas de España.
- Roig, P., Sabater, E. B., Sesmilo, M. S. y Pinet, C. (2005). El tabaquismo en pacientes con otras drogodependencias. *Revista de Toxicomanías*, 43, 29-36. Obtenido de http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET43_4.pdf.
- Rosen, C. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psycholog*, 19(6), 593-604. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.593>.

- Rouleau, S., Saint-Jean, M., Stip, E. y Fortier, P. (2009). 10.1080/01642120802644904. *Occupational Therapy in Mental Health*, 25(1), 26-43. doi:10.1080/01642120802644904.
- Royal College of Physicians, R. C. (2013). *Smoking and mental health*. London: Royal College of Physicians.
- Rüther, T., Bobes, J., De Hert, M., Svensson, T., Mann, K., Batra, A., . . . EPA. (2014). EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *European Psychiatry*, 29(2), 65-82. doi:10.1016/j.eurpsy.2013.11.002.
- Sadock, B. y Sadock, V. (2012). *Kaplan & Sadock. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica (5ª ed.)*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Sansone, R. y Sansone, L. (2011). Substance use disorders and borderline personality: common bedfellows. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(9), 10-13.
- Schlaepfer, I. R., Hoft, N. R. y Ehringer, M. A. (2015). The genetic components of alcohol and nicotine co-addiction: from genes to behavior. *Current Drug Abuse Reviews*, 1(2), 124-134. doi:10.2174/1874473710801020124.
- Scollo, M. y Winstanley, M. (2012). *Tobacco in Australia: Facts and issues*. 4th edn. Melbourne: Cancer Council Victoria. Obtenido de: www.TobaccoInAustralia.org.au
- Selby, P., Voci, S., Z. L., George, T. P. y Brands, B. (2010). Individualized smoking cessation treatment in an outpatient setting: Predictors of outcome in a sample with psychiatric and addictions co-morbidity. *Addictive Behaviors*, 35(9), 811-7. doi:10.1016/j.addbeh.2010.03.020.
- Siru, R., Hulse, G. K. y Tait, R. J. (2009). Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction*, 104(5), 719-33.
- Siru, R., Huls, G., Kahn, R. J. y Tait, R. J. (2010). Motivation to quit smoking among hospitalised individuals with and without mental health disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(7), 640-7. doi:10.3109/00048671003627413
- Solty, H., Crockford, D., White, W. D. y Currie, S. (2009). Cigarette smoking, nicotine dependence, and motivation for smoking cessation in psychiatric inpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(1), 36-45. Obtenido de: <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=729&xwm=true>.
- Spring, B., Pingitore, R. y McChargue, D. E. (2003). Reward value of cigarette smoking for comparably heavy smoking schizophrenic, depressed, and nonpatient smokers. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 316-322. doi:doi:10.1176/appi.ajp.160.2.316.
- Srinivasan, T. y Thara, R. (2002). Smoking in schizophrenia — all is not biological. *Schizophrenia Research*, 56(1-2), 67-74. doi:doi:10.1016/S0920-9964(01)00187-6.

- SRNT Subcommittee on Biochemical Verification. (2002). Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine & tobacco research*, 4(2), 149-159. doi:10.1080/14622200210123581.
- Steinberg, M., Williams, J. y Ziedonis, D. (2004). Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tobacco control*, 13(2), 206. Obtenido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1747846/pdf/v013p00206.pdf>.
- Stockings, E., Bowman, J., McElwaine, K., Baker, A., Terry, M., Clancy, R., . . . Wiggers, J. (2013). Readiness to quit smoking and quit attempts among Australian mental health inpatients. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(5), 942-949. doi:10.1093/ntr/nts206.
- Stroup, T., Kraus, J. y Marder, S. (2006). Pharmacotherapies. En J. Lieberman, T. Stroup y D. O. Perkins (Edits.), *Textbook of Schizophrenia* (págs. 85-116). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration . (2012). *Results from the 2010 national survey on drug use and health: summary of national findings: tobacco use*. Obtenido de: <http://www.samhsa.gov/data/nsduh/2k10nsduh/2k10results.htm>.
- Talati, A., Bao, Y., Kaufman, J., Shen, L., Schaefer, C. y Brown, A. (2013). Maternal smoking during pregnancy and bipolar disorder in offspring. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1178-1185. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12121500.
- Tanriover, O., Karamustafalioglu, N., Tezvaran, Z., Kaplan, A. y Tomruk, N. (2013). Frequency of cigarette smoking among psychiatric inpatients evaluated by the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(1), 579-582. doi:http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.1.579.
- Tatsumi, E., Yotsumoto, K., Nakamae, T. y Hashimoto, T. (2012). Effects of occupational therapy on hospitalized chronic schizophrenia patients with severe negative symptoms. *Kobe Journal of Medical Science*, 57(4), E145-E154.
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N. y Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 348, g1151. doi:doi: 10.1136/bmj.g1151.
- NHS Information Centre. (2011). *Health Survey for England 2010*. Obtenido de: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/ghs/general-lifestyle-survey/2010/index.html>.
- NHS Information Centre for Health and Social Care. (2007). *Adult psychiatry morbidity in England 2007. Results of household survey*. Obtenido de: http://www.esds.ac.uk/doc/6379/mrdoc/pdf/6379research_report.pdf.
- Tidey, J. y Rohsenow, D. (2009). Smoking expectancies and intention to quit in smokers with schizophrenia, schizoaffective disorder and non-psychiatric controls. *Schizophrenia Research*, 115(2-3), 310-6. doi:10.1016/j.schres.2009.09.032.

- Tsoi, D., Porwal, M. y Webster, A. (2013). Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* , 28, 2: CD007253. doi:10.1002/14651858.CD007253.pub3.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1988). The health consequences of smoking: nicotine addiction. *Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centres for Disease Control, Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health.*
- U.S. Department of Health and Human Services. (2012). *Preventing tobacco use among youths and young adults: A report of the Surgeon General.* Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General. Obtenido de: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/exec-summary.pdf>.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking —50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General.* Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Obtenido de: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/exec-summary.pdf>.
- Vázquez, G. y Bonilla, H. (2004). Receptores nicotínicos cerebrales y trastornos neuropsiquiátricos. *Revista de Neurología*, 39(12), 1146-1160.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. y Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(5), 1279-1289. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.48.5.1279>.
- Verification, S. S. (2002). Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine & tobacco research*, 4(2), 149-159. doi:10.1080/14622200210123581.
- Weinberger, A., Vessicchio, J., Sacco, K., Creedon, C., Chengappa, K. y George, T. (2008). A preliminary study of sustained-release bupropion for smoking cessation in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 28(5), 584-587. doi:10.1097/JCP.0b013e318184ba3c.
- Weinstein, N. D., Rothman, A. J. y Sutton, S. R. (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17(3), 290-299. doi:10.1037/0278-6133.17.3.290
- West, R. (2006). *Theory of Addiction.* Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.

- West, R. (2009). The multiple facets of cigarette addiction and what they mean for encouraging and helping smokers to stop. *COPD: The Journal of Chronic Obstructive Disease*, 6(4), 277-283. doi:10.1080/15412550903049181.
- West, R., Evans, A. y Michie, S. (2011). Behavior change techniques used in group-based behavioral support by the English stop-smoking services and preliminary assessment of association with short-term quit outcomes. *Nicotine and Tobacco Research*, 13(12), 1316-20. doi:10.1093/ntr/ntr120.
- Willemsen, M. C., Görts, C., Van Soelen, P., Jonkers, R. y Hilbernik, S. (2004). Exposure to environmental tobacco smoke (ETS) and determinants of support for complete smoking bans in psychiatric settings. *13*, 180-185. doi:10.1136/tc.2003.004804.
- Wood, C. M., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., Dongil, E. y Salguero, J. M. (2010). Relaciones entre estrés, tabaco y trastornos de pánico. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3), 309-325.
- World Bank. (1999). *Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control*. Washington: World Bank.
- World Health Organization. (1969). *WHO Expert Committee on Drug Dependence. Sixteenth Report. World Health Organization Technical Report Series*. Geneva: World Health Organization. Obtenido de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_407.pdf
- World Health Organization. (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Geneva: World Health Organization. Obtenido de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/.
- World Health Organization. (2012). *WHO Global Report. Mortality Attributable to Tobacco*. Geneva: World Health Organization. Obtenido de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf.
- Xu, Y., Chen, H., Li, F., Deng, F., Liu, X., Yang, H., . . . Liu, T. (2014). Prevalence and correlates of cigarette smoking among chinese schizophrenia inpatients receiving antipsychotic mono-therapy. *PLoS One*, 9(2), e88478. doi:10.1371/journal.pone.0088478.
- Yang, Y. K., Nelson, L., Kamaraju, L., Wilson, W. y McEvoy, J. P. (2002). Nicotine decreases bradykinesia-rigidity in haloperidol-treated patients with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 27(4), 684-686. doi:10.1016/S0893-133X(02)00325-1
- Yaworski, D., Robinson, J., Sareen, J. y Bolton, J. (2011). The relation between nicotine dependence and suicide attempts in the general population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(3), 161-70.
- Zammit, S., Thomas, K., Thompson, A., Horwood, J., Menezes, P., Gunnell, D., . . . Harrison, G. (2009). Maternal tobacco, cannabis and alcohol use during pregnancy and risk of

- adolescent psychotic symptoms in offspring. *The British Journal of Psychiatry*, 195(4), 294-300. doi:10.1192/bjp.bp.108.062471.
- Zhang, X. Y., Cheng da, C., Tan, Y. L., Xiu, M. H., Cui, J., Hui, L., . . . Kosten, T. R. (2014). Socio-demographic and clinical characteristics of heavy and non-heavy smokers among schizophrenia inpatients in a Chinese Han population. *Psychopharmacology (Berl)*, 1, 305-14. doi:10.1007/s00213-013-3239-x.
- Zhang, X., Liang, J., Chen, d., Xiu, M., He, J., Cheng, W., . . . Kosten, T. (2012). Cigarette smoking in male patients with chronic schizophrenia in a chinese population: prevalence and relationship to clinical phenotypes. *PLoS ONE*, 7(2). doi:10.1371/journal.pone.0030937.
- Zhou, X., Nonnemaker, J., Sherrill, B., Gilsenan, A., Coste, F. y West, R. (2009). Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors*, 34(4), 365-73. doi:10.1016/j.addbeh.2008.11.013.
- Ziedonis, D., Hitsman, B., Beckham, J., Zvolensky, M., Adler, L., Audrain-McGovern, J., . . . WT, R. (2008). Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(12), 1691-715. doi:10.1080/14622200802443569.
- Zvolensky, M., Jenkins, E., Johnson, K. y Goodwin, R. (2011). Personality disorders and cigarette smoking among adults in the United States. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 835-41. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.11.009.

13. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los profesionales del área de Salud Mental del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, con el fin de poder ofrecer una mejor ayuda a los pacientes ingresados en nuestro centro, estamos llevando a cabo una investigación cuyo objetivo es conocer la gravedad de la dependencia al tabaco así como la motivación para dejar de fumar de los residentes. Para este fin se le realizará una entrevista, le pediremos completar tres cuestionarios relacionados con la conducta tabáquica y se le realizará una cooximetría que es una prueba muy sencilla para medir el nivel de monóxido de carbono en aire expirado consistente en retener el aire durante unos 15 segundos y luego expulsarlo a través de un tubo tras lo cual el cooxímetro realiza el análisis.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja en el cuestionario será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas a la entrevista y a los cuestionarios así como los resultados de la cooximetría serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimos. Si usted está de acuerdo en colaborar con dicha investigación por favor firme a continuación:

Yo, Don/Doña..... he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado y CONSIENTO en participar en el estudio propuesto así como que los datos que se deriven de esta participación serán utilizados para los fines de la investigación que en dicho documento se exponen.

Fecha:.....

Firma:.....

Anexo 2: Consentimiento informado para tutores

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los profesionales del área de Salud Mental del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, con el fin de poder ofrecer una mejor ayuda a los pacientes ingresados en nuestro centro, estamos llevando a cabo una investigación cuyo objetivo es conocer la gravedad de la dependencia al tabaco así como la motivación para dejar de fumar de los residentes. Para este fin se llevará a cabo una entrevista con los pacientes fumadores, se les pedirá completar tres cuestionarios relacionados con la conducta tabáquica y se les realizará una cooximetría que es una prueba muy sencilla para medir el nivel de monóxido de carbono en aire expirado consistente en retener el aire durante unos 15 segundos y luego expulsarlo a través de un tubo tras lo cual el cooxímetro realiza el análisis.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja en el cuestionario será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas a la entrevista y a los cuestionarios así como los resultados de la cooximetría serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimos. Si usted como familiar/tutor está de acuerdo en que su familiar/persona bajo tutela colabore con dicha investigación por favor firme a continuación:

Yo, Don.....

como familiar/tutor legal de Don..... he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado y CONSIENTO en que mi familiar/persona bajo tutela participe en el estudio propuesto así como que los datos que se deriven de esta participación serán utilizados para los fines de la investigación que en dicho documento se exponen.

Fecha:.....

Firma:.....

Anexo 3: Cuestionario estructurado

Variables sociodemográficas y de actividad

1. Nombre y Apellidos: _____
2. Fecha de nacimiento: _____
3. Estado civil: _____ 4. Hijos: SI NO ¿Cuántos? _____
5. Nivel Estudios: _____
6. Asignación económica diaria _____ 7. Tipo de financiación: _____
8. ¿Acude a talleres? SI NO 9. Tipo de taller _____ 10. Remuneración _____

Variables salud física:

11. ¿Alguna enfermedad orgánica relacionada con el consumo de tabaco?: SI NO.
12. Tipo enfermedad orgánica: _____

Variables Psicopatología

13. Diagnóstico psiquiátrico: _____
14. ¿Diagnóstico secundario? SI NO 15. Tipo diagnóstico secundario: _____
15. Años de ingreso: _____ 16. Ingreso voluntario: SI NO.
17. ¿Ha tenido algún intento de suicidio? SI NO. 19. ¿Cuántos?: _____
18. ¿Antecedentes consumo habitual de otras sustancias? SI NO. 19. ¿Cuáles? _____
20. Grado de minusvalía reconocida: _____
21. Incapacitación: SI NO.

Variables Consumo

22. Número de cigarrillos día: _____
23. Control tabaco enfermería SI NO. 28. ¿Cuánto? _____ 24. ¿Retira el tabaco enfermería por la noche? SI NO

25. ¿A qué edad inició el consumo de tabaco de forma regular?: _____

26. ¿Ha dejado de fumar alguna vez durante al menos 24 horas? SI NO. 27. ¿Cuántas veces? _____

28. ¿Tiempo máximo sin fumar? _____

29. ¿Utilizó algún método para dejar de fumar? SI NO 30. ¿Tipo de método? _____

31. En el último año, ¿cuántas veces dejó de fumar durante al menos 24 horas? _____

32. En el último año, ¿ha reducido el consumo de tabaco? SI NO. 33. ¿Cuántos cigarrillos/ día ha reducido? _____

34. ¿En qué medida cree que el consumo de tabaco afecta a su salud?:

☐ Muchísimo

☐ Bastante

☐ No sabe

☐ Poco

☐ Nada

35. ¿Alguna vez el médico le ha sugerido que debe dejar de fumar?

☐ Nunca

☐ Alguna vez

☐ Muchas veces

36. Señalar motivos actuales para dejar de fumar y/o reducir el consumo de tabaco:

- Motivos de Salud
- Miedo a las enfermedades que produce el tabaco
- Ahorrar dinero
- Recomendación médica
- Dar buen ejemplo
- Presión familiar
- Autodisciplina
- Evitar riesgos incendios
- Respetar derechos no fumadores
- Otras razones _____

37. Tiempo desde el último cigarrillo: _____ Nivel CO _____ppm

Anexo 4: Cuestionario sobre el hábito de fumar (Becoña, 1994).

Toda la información que se recoge sobre Vd. es totalmente confidencial, estando sujeta al secreto profesional de nuestro código deontológico y de los principios constitucionales que amparan la confidencialidad de las intervenciones terapéuticas con sujetos humanos. Conteste a las preguntas o marque con una X en el recuadro que refleje su respuesta a la pregunta formulada.

Cuestionario sobre el hábito de fumar

Nº _____

1. Fecha: _____
2. Nombre y apellidos: _____

3. Edad: _____
4. Sexo:
 - Hombre ☐
 - Mujer ☐
5. Altura _____ cm.
6. Peso _____ Kg.
7. Estado civil:
 - Soltero ☐
 - Casado / vive en pareja ☐
 - Divorciado ☐
 - Viudo ☐
 - Otros ☐
8. Nº hijos: _____
9. Realizó estudios de: _____

10. Si actualmente estudia, indicar estudios, curso y ciudad:

11. Situación laboral actual:
 - Trabaja ☐ Profesión _____
 - En paro ☐
 - De baja laboral ☐
 - Pensionista ☐
 - Otras ☐
12. Actualmente vive en:
Calle: _____ Nº _____
Piso: _____ Ciudad: _____
Código postal: _____ Provincia: _____
Teléfono: _____ Móvil: _____
E-mail: _____
13. Indique otra dirección (paterna, hijos, amigos) a la que acude varias veces al año:
Calle: _____ Nº _____
Piso: _____ Ciudad: _____
Código postal: _____ Provincia: _____
Teléfono: _____ Móvil: _____
14. Teléfono de su trabajo: _____
15. Actualmente, ¿qué número de cigarrillos fuma al día? _____
16. ¿Qué marca o marcas fumó a lo largo del último mes? _____

17. ¿Qué marca o marcas fumó a lo largo del último año? _____

18. En el último año ¿qué número máximo de cigarrillos llegó a fumar en un día? _____
19. ¿Recuerda la ocasión o razón que motivó tal alto consumo? _____
20. En su vida, ¿qué número máximo de cigarrillos llegó a fumar en un día? _____
21. ¿Recuerda el motivo de ello? _____

22. ¿A qué edad probó su primer cigarrillo? _____ años.
23. ¿A qué edad comenzó a fumar regularmente? _____ años.
24. ¿Cuántos años lleva fumando? _____ años.
25. En el último mes, ¿qué número total de puros ha fumado? _____
26. ¿y de puritos? _____
27. ¿y de pipas de tabaco? _____
28. ¿Inhala el humo al fumar?
 - Sí ☐
 - No ☐

29. ¿Qué número aproximado de caladas le da a cada cigarrillo (número si lo conoce o bien muchas, bastantes, pocas): _____

- Muchas ☐
- Bastantes ☐
- Pocas ☐

30. Actualmente, los cigarrillos los fuma:

- Enteros hasta el filtro ☐
- Casi todo el cigarrillo ☐
- La mitad del cigarrillo ☐
- Lo enciendo y lo apago ☐

31. En la casa en donde vive indíquenos quién vive y de ellos quién fuma:

Personas que viven	Fuma	
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

32. Díganos de los siguientes familiares si fumaban en el pasado o si actualmente fuman:

	Fumaba	Fuma
Su padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguno de sus hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. ¿Dejó de fumar algún día en el último año?

- Sí ☐
- No ☐

34. Indique numéricamente ¿cuánto tiempo estuvo sin fumar en el último año?:

_____ días, _____ semanas, _____ meses

35. ¿Ha reducido su consumo de cigarrillos en el último año?

- Sí ☐
- No ☐

36. En caso de que lo haya reducido, ¿cuántos cigarrillos ha reducido? _____,

Desde hace: _____ semanas, _____ meses.

37. ¿Ha intentado realmente dejar de fumar alguna vez en el transcurso del último año?

- Sí ☐
- No ☐

38. En caso de haberlo intentado indique intentos y número de días abstinentes **en los últimos doce meses:**

Intento n°	N° de días abstinentes
1	
2	
3	
4	
5	

39. Indique otros intentos realizados para dejar de fumar en su pasado **excluyendo los del último año:**

Lo intenté en el año	N° de días, semanas o meses abstinentes		
	Días	Semanas	Meses

40. ¿Quién le incitó o animó a dejar de fumar?: _____

41. Cuando dejó de fumar, ¿cuál fue el motivo fundamental que le indujo a dejarlo?

- Por motivos de salud ☐
- Por miedo a las enfermedades que produce el tabaco ☐
- Por ahorrar dinero ☐
- Para dar buen ejemplo ☐
- Por presión familiar ☐
- Por autodisciplina ☐
- Para evitar los riesgos de incendio ☐
- Por presiones en el trabajo ☐
- Para respetar los derechos de los no fumadores ☐
- Otras razones ☐
- No sabe/no contesta ☐

42. En sus intentos para dejar de fumar, ¿ha seguido algún procedimiento concreto para dejar de fumar?

- Sí ☐
- No ☐

43. En caso afirmativo, indique cuál o cuáles: _____

44. ¿Cree que fumar cigarrillos afecta gravemente a la salud?

- Muchísimo ☐
- Bastante ☐
- No lo sé ☐
- Poco ☐
- Nada ☐

45. ¿Alguna vez su médico le ha sugerido que debe dejar de fumar?

- Nunca ☐
- Alguna vez ☐
- Muchas veces ☐

46. Marque con una X de las enfermedades y síntomas que le indicamos a continuación si las ha padecido en el pasado o si las padece en la actualidad:

	La he padecido en el pasado, ahora no	La padezco actualmente
Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faringitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continuos resfriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreciones mucosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de laringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mala circulación en piernas o brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas, cefaleas o dolor de cabeza al menos 1 vez por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos por problemas de tensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera péptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras		

47. ¿Está actualmente embarazada?

- Sí ☐
- No ☐

48. Indique a continuación las molestias más importantes que le produce en la actualidad el tabaco:

49. ¿Conoce a algún familiar, amigo o conocido que haya enfermado o muerto debido a fumar cigarrillos?

- Sí ☐
- No ☐

50. En caso afirmativo, indicar relación o parentesco con esa persona y enfermedad:

Relación/Parentesco	Enfermedad

51. Indique el promedio de consumiciones que suele realizar de las siguientes bebidas y medicamentos en un **día normal de la semana** y en un **sábado o domingo**:

	Día normal de la semana	Sábado o domingo
Cañas o cervezas (nº)		
Copas o vasos de vino (nº)		
Copas de sidra, champán (nº)		
Copas de coñac, whisky, ginebra, aguardiente (nº)		
Combinados: cubalibres, gin tonic, etc. (nº)		
Tazas de café (nº)		
Tazas de té (nº)		
Medicamentos (indique nombres)		
-		
-		
-		
-		

52. Actualmente, ¿desea dejar de fumar?

- Totalmente ☐
- Bastante ☐
- Poco ☐
- Nada ☐
- No lo sé ☐

53. En una escala de 0 (nada) a 10 (máximo), indique:

-¿cuál es su deseo de dejar de fumar en este momento?

54. En una escala de 0 (nada) a 10 (máximo), indique:

-¿cuál es su intención de dejar de fumar en este momento?

En una escala de 0 (nada) a 10 (máximo), indique:
¿cuál es su deseo de realizar este programa para
dejar de fumar? _____

56. Sus expectativas sobre el programa de tratamiento
para dejar de fumar que va a llevar a cabo son en
este momento:

- Muy buenas ☐
- Buenas ☐
- No lo sabe ☐
- Malas ☐
- Muy malas ☐

57. ¿Conoce a alguna persona que haya dejado de fumar
con el Programa para Dejar de Fumar?

- Sí ☐
- No ☐

58. En caso afirmativo, indique su relación con él
(amistad, parentesco, compañero de trabajo, etc.):

59. Y ¿qué idea le han transmitido sobre el programa?

60. ¿Actualmente, usted ha dejado de fumar? (conteste
con una alternativa)

1. No, pero tengo la intención de dejarlo
dentro de los próximos 30 días ☐
2. No, pero tengo la intención de dejarlo
dentro de los próximos 6 meses ☐
3. No, y no pienso dejarlo dentro de los
próximos 6 meses ☐

61. En el último año, ¿cuántas veces dejó de fumar al
menos 24 horas? _____ veces.

62. ¿Cuánto tarda, después de despertarse, en fumar su
primer cigarrillo?

- Menos de 5 minutos ☐
- Entre 6 y 30 minutos ☐
- Entre 31 y 60 minutos ☐
- Más de 60 minutos ☐

63. ¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde está
prohibido, tales como iglesias, bibliotecas, cines,
etc.?

- Sí ☐
- No ☐

64. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?

- Al primero de la mañana ... ☐
- A cualquier otro ☐

65. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- 10 o menos ☐
- 11-20 ☐
- 21-30 ☐
- 31 o más ☐

66. ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas
después de despertarse que durante el resto del día?

- Sí ☐
- No ☐

67. ¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama
la mayor parte del día?

- Sí ☐
- No ☐

68. ¿En qué clase social se incluiría usted?:

- Alta ☐
- Media-alta ☐
- Media-media ☐
- Media-baja ☐
- Baja ☐

69. Indique cuáles son los ingresos aproximados que
usted tiene y los que entran en su casa (unidad
familiar, incluyendo los suyos) mensualmente por
todos los conceptos:

	Vd.	Unidad familiar
No tiene ingresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos de 600 euros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 601 y 900 euros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 901 y 1.200 euros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 1.201 y 1.500 euros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 1.501 y 2.000 euros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 2.001 y 2.500 euros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 2.501 y 3.000 euros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 3.001 y 4.000 euros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de 4.000 euros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Indique a continuación cualquier comentario que VD.
desea añadir:

UNIDAD DE TABAQUISMO

Universidade de Santiago de Compostela
Facultad de Psicología. Campus Vida
15782 Santiago de Compostela

Anexo 5: Test de Fagerström de Dependencia de la nicotina (Heatherton, Kozlowski, Frecher & Fagerström, 1991).

1. ¿Cuánto tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?
Menos de 5 minutos ☐ (3)

Entre 6 y 30 minutos ☐ (2)

Entre 31 y 60 minutos ☐ (1)

Más de 60 minutos ☐ (0)
2. ¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en sitios en dónde está prohibido como iglesias, bibliotecas, cines, etc.?
Sí ☐ (1) No ☐ (0)
3. ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?
Al primero de la mañana ☐ (1)

A cualquier otro ☐ (0)
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
10 o menos ☐ (0)

Entre 11 y 20 ☐ (1)

Entre 21 y 30 ☐ (2)

31 o más ☐ (3)
5. ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?
Sí ☐ (1) No ☐ (0)
6. ¿Fuma cuándo está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?
Sí ☐ (1) No ☐ (0)

Anexo 6: Cuestionario de Balance Decisional de Tabaquismo (Velicer, DiClemente, Procaska y Brandenburg, 1985)

Las siguientes afirmaciones representan diferentes opiniones respecto al tabaco. Por favor señale CÓMO DE IMPORTANTE es cada afirmación en su decisión de fumar según la siguiente escala de 5 puntos.

- 1: Nada importante**
- 2: Algo importante**
- 3: Moderadamente importante**
- 4: Muy importante**
- 5: Extremadamente importante.**

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Fumar tabaco es placentero. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mi conducta de fumar afecta a la salud de otros. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Me gusta la imagen de un fumador. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Otras personas cercanas a mí sufrirán si enfermo por fumar. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Estoy relajado y por lo tanto más a gusto cuando fumo. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Como sigo fumando, sé que algunas personas piensan que me falta carácter para dejarlo. | <input type="checkbox"/> |
| 7. Si dejo de fumar, estaré irritable y seré una molestia para los de alrededor. | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fumar cigarrillos es peligroso para mi salud. | <input type="checkbox"/> |
| 9. Mi familia y mis amigos prefieren verme felizmente fumando que verme tristemente intentando dejar de fumar. | <input type="checkbox"/> |
| 10. Me da vergüenza tener que fumar | <input type="checkbox"/> |
| 11. Me gusto más a mí mismo cuando fumo. | <input type="checkbox"/> |
| 12. Mi hábito de fumar molesta a los demás. | <input type="checkbox"/> |

- 13. Fumar me ayuda a concentrarme y a realizar mejor mi trabajo. ☐
- 14. La gente piensa que soy tonto por ignorar las advertencias del consumo de tabaco. ☐
- 15. Fumar cigarrillos alivia la tensión. ☐
- 16. Las personas cercanas a mí desaprueban que fume. ☐
- 17. Por continuar fumando siento que estoy tomando mis propias decisiones. ☐
- 18. Soy tonto por ignorar las advertencias sobre los cigarrillos. ☐
- 19. Tras no fumar durante un tiempo, fumar un cigarrillo me hace sentir bien. ☐
- 20. Me sentiría con más energía que ahora si no fumara. ☐

Anexo 7. Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA- (McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983).

Nombre del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____		
Problema: CONSUMO DE TABACO		
Momento de la administración:		
Evaluación__	Seguimiento 1 mes:__	Seguimiento 3 meses:__
Final tratamiento__	Seguimiento 6 meses:__	Seguimiento 12 meses: __
	Seguimiento 24 meses:__	

Instrucciones: Instrucciones: Este cuestionario sirve para ayudarnos a mejorar nuestros servicios. Cada afirmación describe cómo una persona se sentiría cuando empieza una terapia. Por favor, indique el grado en el que tiende a estar de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación. En cada caso, realice su elección según se siente ahora, y no como se sentía en el pasado o cómo le gustaría sentirse. Por cada afirmación que se refiere a su “problema”, conteste según el problema especificado arriba. Hay CINCO posibles respuestas para cada uno de los ítems del cuestionario: “Muy en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “Indeciso”, “De acuerdo”, “Muy de acuerdo”. Rodee con un círculo aquella opción que mejor describa cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación.

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDECISO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
1. En mi opinión no tengo ningún problema con que deba cambiar					
2. Pienso que podría estar preparado para alguna automejora					
3. Estoy haciendo algo respecto a los problemas que me han estado preocupando					
4. Merecería la pena trabajar en mi problema					
5. Yo no soy el único problema. Para mí no tiene mucho sentido estar aquí					
6. Me preocupa que pudiese volver a caer en un problema que ya he cambiado, por ello estoy aquí solicitando ayuda.					
7. Finalmente estoy haciendo algo con mi problema					
8. He estado pensando que podría querer cambiar algo de mí mismo					
9. He tenido éxito al trabajar en mi problema pero no estoy seguro/a de que pueda continuar este esfuerzo por mí mismo					
10. A veces mi problema es difícil pero estoy trabajando en ello					

11. Estar aquí es una pérdida de tiempo para mí porque el problema no tiene que ver conmigo.					
12. Espero que este lugar me ayudará a entenderme mejor a mí mismo					
13. Supongo que tengo defectos, pero realmente no hay nada que yo necesite cambiar					
14. Realmente estoy trabajando duro para cambiar					
15. Tengo un problema y realmente pienso que debo trabajar en él					
16. No estoy progresando en lo que ya he cambiado tanto como yo hubiese esperado y estoy aquí para prevenir una recaída en el problema					
17. Aunque no siempre tengo éxito a la hora de cambiar, al menos estoy trabajando por mi problema					
18. Pensaba que una vez que hubiese resuelto el problema estaría libre de él, pero a veces aún me encuentro luchando contra él.					
19. Desearía tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.					
20. He empezado a trabajar en mi problema pero me gustaría tener ayuda					
21. Quizá en este lugar sean capaces de ayudarme					
22. Ahora podría necesitar tener un apoyo que me ayudara a mantener los cambios que ya he hecho					
23. Puede que yo sea parte del problema pero realmente no pienso que lo sea					
24. Espero que alguien aquí tenga buenos consejos para mí					
25. Cualquier persona puede hablar sobre cambiar, en realidad yo estoy haciendo algo por conseguirlo					
26. Todo sobre la psicología es aburrido ¿por qué la gente no puede simplemente olvidarse de sus problemas?					
27. Estoy aquí para evitar recaer en mi problema					
28. Es frustrante, pero siento que podría estar recayendo en un problema que pensaba tenía resuelto.					
29. Yo tengo preocupaciones pero cualquiera las tiene. ¿Por qué malgastar el tiempo pensando en ellas?					
30. Estoy trabajando activamente en mi problema					
31. Preferiría afrontar mis defectos e intentar cambiarlos					
32. Después de todo lo que he intentado hacer para cambiar mi problema una y otra vez vuelva a perseguirme					

Anexo 8. Escala de Evaluación de Actividad Global-EEAG (American Psychiatric Association, 2002).

100-91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de abundantes cualidades positivas. Sin síntomas
90-81	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia)
80-71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar)
70-61	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas
60-51	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos conflictos con compañeros de trabajo o de escuela)
50-41	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo)
40-31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteraciones importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela)
30-21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos)
20-11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo)
10-1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener a higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte
0	Información inadecuada

Anexo 9. Cooximetría

Las determinaciones del nivel de CO se han llevado a cabo a través de un cooxímetro Micro Smokerlyzer. Ofrece resultados sobre los niveles de CO en aire expirado medidos en p.p.m. así como de los porcentajes de carboxihemoglobina en sangre (COHb).



